BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Imprimerie de Hennuyer et Ce, rue Lemercier, 24. Batignolles.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

PUBLIÉ

PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M.,

CHEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ, MÉDECIN DES DISPENSAIRES, MEMBRE DE LA COMMISSION DE SALUBRITÉ; RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME TRENTE-TROISIÈME.



PARIS.

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE SAINTE-ANNE, N° 25.

1847

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS SUR LA GASTRALGIE CHRONIQUE ET SUR SON TRAITEMENT ; FAITS REMARQUABLES DE GUÉRISON RAPIDE.

Par M. VALLEIX, médecin de l'Hôtel-Dieu (annexe).

La gastralgie, sans être à beaucoup près aussi fréquente qu'à l'époque où l'on soumettait presque tous les malades au traitement antiphlogistique et au régime le plus sévère, est encore une affection que les praticiens rencontrent souvent. C'est aussi une maladie qui résiste à un grand nombre de traitements les plus vantés, et qui, comme nous allons le voir dans le cours de cet article, peut céder avec la plus grande facilité à une médication en apparence identique à quelques-unes de celles qu'on a déjà employées infructueusement, et n'en différant que par une nuance qui, *à priori*, aurait paru pouvoir être complétement négligée sans aucun inconvénient. Or, les praticiens savent combien il est utile d'insister sur les nuances, et la plupart d'entre eux se sont trouvés fort heureux, dans bien des circonstances, de connaître certains petits détails de traitement qui ne paraissent futiles qu'à ceux qui ignorent toutes les difficultés de la thérapeutique. Dans les cas dont je rapporterai succinctement l'histoire, on verra quels heureux effets a eus la médication narcotique administrée d'une certaine manière et quelquefois avec certains adjuvants qu'il ne faut pas négliger. Cette manière d'agir n'est pas nouvelle ; mais il était important de déterminer, par des exemples frappants, les conditions dans lesquelles elle est utile, et comment il faut procéder. Je pense qu'après avoir jeté un coup d'œil sur

cet article, le lecteur ne me reprochera pas de revenir sur un sujet déjà bien des fois traité dans ce journal et par d'habiles observateurs. On ne saurait, en effet, trop insister sur les questions thérapeutiques et chercher, par tous les moyens possibles, à préciser la valeur des remèdes employés.

Il n'est question ici que de la *gastralgie chronique*; la gastralgie aiguë cédant presque toujours avec facilité à un régime doux et à quelques préparations narcotiques employées de quelque manière que ce soit.

On sait que la gastralgie chronique est celle pour laquelle le médecin est le plus souvent consulté, et il n'est aucun de nos lecteurs qui n'ait vu de ces malades pâles, émaciés, tristes, hypocondriaques, ne pouvant plus digérer que quelques aliments liquides, et éprouvant dans le cours de la digestion des symptômes très-nombreux et souvent très-violents, tels que le gonflement de l'estomac, une douleur vive à l'épigastre, des éructations, un étouffement marqué, le refroidissement des extrémités, des défaillances, etc. Cet état est aujourd'hui bien connu, et c'est avec étonnement que j'ai lu récemment dans un journal, à propos d'une perforation de l'estomac, que le diagnostic de la gastralgie, de la gastrite chronique et du cancer de l'estomac n'est pas mieux établi aujourd'hui qu'il y a environ vingt ans. Rien n'est plus dénué de fondement, et, pour en avoir la preuve, le lecteur n'a qu'à recourir à un article que j'ai publié dans ce journal même. (*Quelques considérations sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement de la gastrite aiguë, de la gastrite chronique et de la gastralgie*, t. XXVI, page 401.) Il y verra comment la gastralgie a ses caractères propres qui, dans l'immense majorité des cas, servent à la distinguer parfaitement. Il y a sans doute des cas douteux, mais dans quelle affection n'y en a-t-il pas? Dira-t-on que le diagnostic des maladies de poitrine n'est pas plus avancé qu'il y a vingt ans, parce que l'on se trouve encore embarrassé dans quelques circonstances? Pour pouvoir résoudre la question, il faut la réduire à sa plus simple expression : reconnaît-on aujourd'hui plus sûrement la gastralgie qu'à une époque où la gastrite était, à peu près, la seule maladie de l'estomac qui fût généralement admise? Qui pourrait en douter, puisque aujourd'hui on n'observe presque jamais la gastrite aiguë simple, et que la gastrite chronique simple doit être regardée comme une maladie également fort rare?

S'il est un fait aujourd'hui parfaitement reconnu, c'est que presque toutes les gastralgies chroniques sont produites et entretenues par un traitement et un régime débilitant. A la suite des maladies aiguës, après un traitement antiphlogistique énergique, on craint de rendre trop rapidement aux malades leur alimentation ordinaire; on est trop sévère;

bientôt ils souffrent de l'estomac. Beaucoup d'entre eux s'imaginent alors qu'ils ont repris trop vite un régime alimentaire un peu substantiel, tandis qu'au contraire leur régime est trop peu nutritif; ils diminuent leurs aliments, suppriment de leurs boissons une certaine quantité de vin, puis ne boivent que de l'eau, se mettent au bouillon, à l'eau de gomme pour tout aliment, et dès lors la gastralgie fait les plus grands progrès. L'estomac finit par se révolter contre toute substance qu'on y introduit, quelque légère et en quelque petite quantité qu'elle soit; à la suite de cette ingestion surviennent les douleurs, le gonflement épigastrique, les vomissements, etc., etc.; la vie des malades devient misérable; ils tombent dans l'hypocondrie, et alors la maladie peut se compliquer et devenir difficilement curable.

La gastralgie aiguë peut, de la même manière, se transformer en gastralgie chronique, et cette transformation n'est pas rare. Un malade éprouve plus ou moins fréquemment une douleur de l'estomac durant un, deux ou trois jours, soit spontanément, soit, ce qui est plus ordinaire, après avoir pris des aliments irritants, après une digestion troublée, ou après une indigestion complète. L'expérience lui apprend que quelques jours d'un régime doux et léger font disparaître ces symptômes; mais il en tire de fausses conséquences; il en conclut qu'un régime doux, fade, débilitant lui convient d'une manière toute particulière; il s'y soumet avec persistance; au bout d'un certain temps des douleurs stomacales se manifestent, ce qu'il attribue à l'usage d'aliments encore trop substantiels, et il arrive, par la même gradation que le malade précédent, à cet état si pénible de gastralgie chronique, dont je viens de donner une description très-sommaire. Quel est le médecin qui, en faisant un appel à ses souvenirs, n'a immédiatement présentes à l'esprit un certain nombre de gastralgies de ce genre?

Enfin, tout le monde sait que la gastralgie chronique peut se développer par suite d'une leucorrhée, d'une anémie due à des causes diverses, de la chlorose, etc. Ce n'est pas de ces derniers cas qu'il s'agit ici principalement, parce que ce n'est pas tant la gastralgie qu'il importe de traiter en pareille circonstance que l'affection qui lui a donné naissance. Cependant, on reconnaîtra facilement que, même dans ces cas, il n'est pas inutile de connaître avec précision quel est le traitement le plus efficace de la gastralgie chronique; car, d'une part, on peut assez souvent faire disparaître la névrose de l'estomac longtemps avant que la maladie principale soit guérie, ce qui épargne aux malades de vives souffrances; et, de l'autre, en attaquant à la fois la gastralgie et la maladie principale, on arrive plus promptement au rétablissement complet de la santé.

Le moyen qui m'a le mieux réussi et qui a eu un succès des plus remarquables dans les cas que je citerai tout à l'heure, est l'usage interne d'une petite quantité d'acétate de morphine. Ce n'est pas, comme on le voit, un moyen nouveau. Depuis longtemps, en effet, l'opium est employé dans le traitement de la gastralgie; et, bien plus, M. Sandras (Voy. *Bulletin de thérapeutique*, vol. XXVII, p. 186 : *De quelques applications utiles de médecine iatraleptique*) a recommandé l'usage interne des sels de morphine à peu près de la même manière; mais on verra, après que j'aurai fait connaître quelques faits que j'ai observés, en quoi diffère la médication que je propose, et surtout combien elle est plus simple que toutes celles qu'on a préconisées, principalement dans les cas de gastralgie chronique idiopathique.

Obs. I. Au mois d'avril 1846, je fus consulté par M. F....., employé à la manufacture des tabacs, pour des douleurs d'estomac qui dataient déjà de trois mois.

Le malade ne se rappelait pas la cause qui avait pu produire sa maladie. A l'époque que je viens d'indiquer, les fonctions digestives ayant commencé à s'altérer, il crut bien faire en se soumettant à une diète presque exclusivement lactée, en supprimant le vin de ses repas, et se réduisant à une très-petite quantité de nourriture. Mais loin de diminuer, les douleurs de l'estomac augmentèrent avec rapidité; les digestions devinrent de plus en plus laborieuses; le malade éprouva, dès qu'il avait pris le moindre aliment, une sensation de gonflement considérable de l'estomac, des tiraillements, de l'étouffement et une constipation opiniâtre. Cependant il ne vomissait pas. Il maigrit et pâlit, et ce fut en cet état que je le vis pour la première fois.

Je ne rapporterai pas ici tous les détails de mon examen', ni les symptômes que je constatai pendant un mois et demi que je vis le malade deux fois par semaine. Qu'il me suffise de dire que je reconnus l'intégrité organique de tous les viscères contenus dans l'abdomen, et que je ne trouvai nulle autre part la moindre lésion d'un organe quelconque.

Je conseillai des frictions sur l'épigastre avec un liniment laudanisé, une pilule d'un centigramme d'extrait gommeux d'opium immédiatement avant chaque repas, et des pilules laxatives pour combattre la constipation. Sous l'influence de ce traitement, il se déclara un peu de mieux; mais il n'y eut pas de guérison complète. Par moments les digestions devenaient très-pénibles, et jamais elles ne se faisaient parfaitement. Au bout d'un mois et demi, les symptômes persistant à un degré plus ou moins grand, je décidai le malade à entrer dans mon service à l'Hôtel-Dieu (annexe).

Ayant procédé à un nouvel examen, je trouvai le ventre volumineux, mat dans le trajet du côlon, et je vis que les veines abdominales étaient apparentes et larges jusque dans les petites ramifications. Un purgatif administré ne fit rendre que deux selles, peu abondantes et liquides, sans diminution du volume et de la matité du ventre. J'allais insister sur le purgatif, pour m'assurer que cette tuméfaction était due, comme je le pensais, à un embarras intestinal, lorsque le malade, ne pouvant se faire au régime

de l'hôpital, voulut absolument sortir, et je restai environ trois semaines sans le revoir.

Au bout de ce temps, il revint me consulter, et m'apprit qu'à sa sortie de l'hôpital il avait fait usage d'un *élixir*, dont je ne me rappelle pas le nom, et qu'ayant été assez fortement purgé, il s'était trouvé mieux pendant quelques jours; mais que les symptômes de gastralgie ayant reparu, il avait repris ce remède sans en retirer aucun fruit; que la purgation, au contraire, l'avait fortement affaibli, et que ses digestions étaient devenues plus mauvaises que jamais.

A cette époque il était dans l'état suivant : après chaque repas, quelque léger qu'il fût, M. F..... était obligé de se débarrasser de tous les vêtements qui pouvaient serrer la région épigastrique. Il avait des douleurs qui traversaient les hypocondres comme un trait, et, de plus, une sensation de gonflement très-pénible. Il éprouvait aussi des étouffements, et par moments il se sentait voisin de la lipothymie. Quelques rapports gazeux le soulageaient un peu, mais ce soulagement était très-passager. La constipation était assez opiniâtre; la maigreur et la faiblesse plus considérables que jamais. La face était pâle, les yeux inanimés.

Les symptômes qui se montraient pendant la digestion duraient deux, trois et quatre heures; puis il y avait une légère rémission, et le repas suivant ramenait les mêmes accidents. Les nuits étaient agitées, le sommeil léger et interrompu.

M. F.... était désespéré; il se voyait à la veille d'être obligé de quitter sa place, sa seule ressource pour vivre : un commencement d'hypocondrie se manifestait. Je prescrivis :

Pr.	Eau distillée de tilleul.	100 grammes.
	Acétate de morphine.	5 centigrammes.
	Sirop de fleur d'oranger.	30 grammes.

A prendre une cuillerée à café de cette potion immédiatement après chaque repas.

Je conseillai à M. F..... de faire trois repas, terminés par la prise d'une cuillerée à café de cette potion, et de prendre seulement des lavements émollients pour favoriser la défécation.

Au bout de quatre jours, M. F..... vint me trouver, et m'apprit que ses digestions étaient, dès le second jour, devenues faciles; qu'il ne souffrait plus; qu'il avait pu reprendre ses occupations à la manufacture des tabacs; qu'il n'en éprouvait aucun inconvénient; que ses nuits étaient bonnes, et qu'il se sentait une vigueur qu'il ne connaissait pas depuis longtemps. La face était animée, avec une expression de joie manifeste.

Je l'engageai à persister dans son traitement, et à augmenter la quantité de ses aliments; je lui recommandai aussi de boire un peu de vin et de manger des viandes noires, ce qu'il n'avait pas osé faire encore, et comme les selles étaient devenues régulières, je ne jugeai pas à propos de continuer les lavements.

Au bout de huit jours, M. F..... avait repris son train de vie ordinaire; il faisait usage de toutes les substances alimentaires indifféremment, sans en éprouver aucune incommodité; ses forces étaient presque complétement revenues, et aujourd'hui il jouit de la santé la plus parfaite, bien qu'il ait, depuis longtemps, cessé l'usage de sa potion.

Réflexions. Ce fait est remarquable à plus d'un titre. Je ferai d'abord remarquer l'intensité des symptômes. Il n'y avait pas de vomissements acides ou muqueux ; mais tous les autres accidents de la gastralgie existaient au plus haut degré, et à tel point que le malade se voyait à la veille de quitter sa place, lorsqu'un traitement extrêmement simple est venu lui rendre la santé avec une rapidité extraordinaire.

Les narcotiques, ai-je dit, ont été fréquemment employés, et, par conséquent, le moyen que j'ai indiqué ne paraîtra pas nouveau. Mais, si on y réfléchit, on verra que son administration a quelque chose de particulier. Déjà j'avais fait usage de l'opium sous forme d'extrait administré immédiatement avant chaque repas ; mais je n'avais produit qu'une amélioration médiocre, quoique M. F... eût fait usage de ce remède pendant longtemps. Le mode d'administration du narcotique n'est pas indifférent.

M. Padioleau (*Un mot sur l'emploi des opiacés dans le traitement des gastralgies;* Bull. gén. de Thér., vol. XXIII, page 373) a aussi recommandé l'opium, mais il le donne en extrait aqueux et l'associe à l'aconit, ainsi qu'il suit :

Pr. Sirop de fleur d'oranger,	90	grammes.
Extrait aqueux d'opium,	0,15	grammes.
Extrait d'aconit,	0,10	grammes.

A prendre une cuillerée à café, deux fois par jour, immédiatement après le repas.

On voit que M. Padioleau, qui dit tenir les principes de cette médication de M. Thomas Desplantes, n'a pas dans l'opium une entière confiance, puisqu'il juge l'aconit nécessaire. Or, d'après l'observation précédente, la substance active de l'opium est suffisante. De plus, il faut remarquer que, par ce moyen, la religieuse qui est le sujet de l'observation citée par M. Padioleau, n'a recouvré complétement la santé qu'au bout de quelques mois. Est-ce parce que le cas était plus grave ? C'est ce qui n'est pas impossible, car la malade vomissait tout ce qu'elle mangeait.

Mon collègue, M. Sandras, a employé un remède qui se rapproche bien davantage de celui que j'ai administré à M. F... ; car il recommande soit une potion contenant depuis 3 jusqu'à 10 centigrammes d'hydrochlorate de morphine, soit deux ou trois cuillerées à café de sirop d'acétate de morphine après le repas. Mais cet honorable confrère traite plus particulièrement les gastralgies par des onctions faites avec la pommade suivante :

Pr. Hydrochlorate de morphine	0,50	grammes.
Axonge.	30	grammes.

Pour onctions sur l'épigastre après le repas.

Ce n'est que dans certains cas qu'il a recours à la morphine à l'intérieur. Or, le fait précédent, ainsi que ceux que j'indiquerai tout à l'heure, prouve 1° qu'il n'est pas nécessaire d'une aussi forte dose de morphine que le pense M. Sandras; 2° qu'il n'est pas nécessaire d'employer concurremment les onctions narcotiques. D'un autre côté, il résulte d'un fait indiqué par M. Sandras, que le traitement par les onctions demande un temps assez long pour produire la guérison, qui, on vient de le voir, est très-rapide par la morphine à l'intérieur. C'est donc un certain temps perdu, bien que le soulagement éprouvé tout d'abord par les malades soit un bienfait inappréciable.

Du reste, je n'ai pas l'intention, tant s'en faut, de vouloir ôter aux médecins que je viens de citer, le mérite d'avoir appliqué à la gastralgie un traitement d'une efficacité incontestable; j'ai voulu seulement montrer que ce traitement peut être très-simplifié, et l'observation que je viens de citer le prouve suffisamment.

Il paraîtra surprenant qu'une si petite quantité d'un sel de morphine suffise pour faire disparaître avec tant de promptitude d'aussi violents symptômes; mais l'observation que j'ai rapportée lève tous les doutes à cet égard, et, comme on va le voir, elle n'est pas la seule.

Il y a encore de remarquable que les selles sont devenues faciles et régulières, sous l'influence d'une substance qui a ordinairement pour résultat de les rendre plus difficiles. Mais l'explication est facile; car, d'une part, la quantité du médicament est trop minime pour produire d'autre effet que de calmer l'irritabilité nerveuse de l'estomac; et, de l'autre, on n'a pas lieu d'être surpris de voir les selles se régulariser, lorsque les digestions se régularisent elles-mêmes.

Le fait suivant, que je vais rapporter très-succinctement, n'est pas moins remarquable :

Obs. II. M. B..., étudiant en médecine, était atteint depuis plusieurs années d'une gastralgie qui, à des époques variables, prenait une grande intensité, et qui persistait toujours à un plus ou moins haut degré, de telle sorte que les digestions étaient toujours pénibles. Le malade attribue le développement de sa maladie à des excès de tout genre, commis il y a quelques années, et à la suite desquels il se serait mis à un régime trop sévère.

Il y a un an, après un examen, pour lequel il travaillait sans relâche pendant environ six semaines, les accidents devinrent très-graves : vomissements répétés de matière muqueuse et des aliments; gonflement de l'épigastre; douleurs vives et fréquentes; éructations fréquentes; constipation opiniâtre. Le malade est forcé de garder le lit. Se rappelant que son père est mort d'un cancer à l'estomac, il se crut affecté de la même maladie, et le médecin qui lui donne des soins n'est pas éloigné de partager cette ma-

nière de voir. Appelé auprès de lui, je ne trouve que les symptômes d'une gastralgie exaspérée : je conseille l'extrait gommeux d'opium et un régime un peu moins débilitant. Sous l'influence de ce traitement, M. B... se remit, mais incomplétement ; les digestions restent pénibles et douloureuses, les forces ne reviennent pas ; les vomissements seuls ont complétement disparu.

Au bout de six mois de cet état, le malade vint me trouver presque désespéré. Il a beaucoup maigri ; ses forces sont presque anéanties. Sa face est plombée, les yeux sont excavés, sans expression. M. B... ose à peine manger, tant il redoute les accidents de la digestion. Il a des idées de suicide, et se croit plus que jamais atteint d'un cancer de l'estomac.

Je lui prescris la même potion qu'au malade précédent, prise de la même manière, et quatre jours après je le revois calme, pouvant manger sans souffrir ensuite, et ayant déjà recouvré une partie de ses forces. Je l'engage à augmenter rapidement la quantité de ses aliments; ce qu'il fait sans en souffrir aucunement, de manière qu'au bout de huit jours de traitement, il peut faire un repas copieux chaque jour, sans éprouver la moindre incommodité. Seulement il est obligé, le matin, de se contenter d'un potage, parce que s'il veut déjeuner plus amplement, sa digestion n'est pas finie à l'heure du second repas ; mais jamais, à aucune époque de sa vie, il n'a eu de digestions plus rapides.

Au bout d'une quinzaine de jours, un peu de lourdeur de tête se manifestant, le médicament est cessé ; mais le malade ayant éprouvé quelques contrariétés, de légères douleurs d'estomac se manifestent après les repas. M. B... reprend aussitôt sa potion, et immédiatement tous les accidents cessent.

Aujourd'hui, plus de cinq mois après le premier emploi de la potion, M. B... a repris de l'embonpoint, la face est gaie et animée ; les idées tristes ont disparu ; un repas copieux est pris chaque jour sans accident. Il reste toujours un peu de constipation, mais le malade a eu toujours les selles difficiles. A la suite des veilles et des travaux, il se manifeste parfois quelques symptômes gastralgiques; mais quelques cuillerées de la potion les font très-promptement disparaître.

Les réflexions que je pourrais présenter sur ce fait ne diffèrent pas assez de celles qu'on vient de lire, pour que je croie nécessaire d'y consacrer un espace qui rendrait cet article trop long. Je me contenterai d'ajouter que chez une femme de quarante ans, concierge, qui avait des douleurs excessives, avec vomissements tous les matins, le même moyen a agi avec la même rapidité ; qu'il en a été de même chez une autre femme, marchande d'objets de toilette, souffrant depuis longtemps à la suite de violents chagrins, et ayant de fréquentes indigestions qui ne se sont pas reproduites depuis deux mois et demi que le traitement a été conseillé et exécuté ; que chez Mme S..., âgée de quarante-cinq ans, et affectée en même temps de gastralgie et de névralgie intercostale, la première de ces affections a promptement disparu, et la seconde n'a subi qu'une amélioration légère. Je pourrais encore citer plusieurs faits

semblables ; mais le médecin qui voudra mettre en usage cette médication ne tardera pas à pouvoir en observer qui fixeront complétement son opinion à ce sujet.

Il est à peine nécessaire de faire remarquer combien ce traitement est simple et facile, et combien, d'un autre côté, il est exempt de tout danger, puisque la quantité du sel de morphine ingérée chaque jour est des plus minimes.

VALLEIX.

DE L'INFLUENCE DE L'HABITUDE DE L'IVROGNERIE SUR L'ATAXIE, DE LA GRAVITÉ DE CELLE-CI, ET DE L'INEFFICACITÉ DU MUSC DANS CETTE CIRCONSTANCE.

Par le docteur DAUVERGNE, médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes).

Le devoir du médecin ne l'oblige pas seulement à livrer à la publicité les faits heureux qui, émanés de sa pratique, peuvent encourager ses confrères à suivre la même voie que lui ; il est encore impérieusement contraint de publier les faits malheureux qui ont été pour lui de quelque enseignement, afin que d'autres les évitent, ou en soient tout au moins prévenus. D'ailleurs, n'est-ce pas de cette manière que la science doit se compléter, et que la pratique peut un jour arriver à concevoir d'avance les limites de chaque chose, les influences de chaque circonstance ?... C'est parce que bien des médecins ne pratiquent leur art qu'au moyen des documents qu'ils puisent dans le canevas des ouvrages dogmatiques, que la science reste incomplète et la pratique douteuse. On renferme toute la pathologie dans quelques volumes, tandis que chaque histoire de maladie demanderait souvent un plus vaste cadre. On laisse donc à l'intelligence du praticien à distinguer les nuances, les particularités qui se présentent, et ce sont précisément ces nuances, ces particularités, qui font la difficulté de la médecine pratique ; ce sont précisément ces particularités qui n'ont pas trouvé encore d'historien assez habile pour les saisir et les bien apprécier. Le mal capital de tout cela vient de ce qu'on n'enregistre pas suffisamment toutes les particularités des maladies, qu'on n'étudie pas assez toutes les influences hygiéniques et constitutionnelles qui peuvent les amener ou les produire, et que tels phénomènes qu'on croit être réunis par une simple coïncidence, émanent d'une cause et d'un effet, de la manière la plus directe. C'est pour éviter désormais cette erreur, que nous apportons aujourd'hui notre grain de sable à la science et notre observation à l'humanité, au sujet de l'ataxie, qui peut se développer dans le cours des maladies des ivrognes d'habitude.

Un jeune paysan de vingt-trois ans buvait journellement beaucoup de vin, comme le font d'ailleurs la plupart de nos paysans propriétaires de vignobles. Mais celui-ci, non content de la ration domestique, allait très-souvent dans les cabarets, et on le trouvait mainte fois étendu dans son passage ou son écurie, n'ayant pas eu la force ou le discernement de retrouver sa chambre. Ce jeune homme fut atteint à diverses fois de pneumonies, dont je le tirai avec peine. Enfin, il y a deux ans qu'il fut pris de nouveau. L'inflammation du parenchyme pulmonaire n'était cependant ni intense, ni étendue ; la fièvre, quelques crachats sanguinolents, du râle crépitant assez rare, à la base du poumon, en constituaient tous les symptômes. Une première saignée procura un grand amendement dans ces phénomènes ; mais comme la fièvre persistait, je crus devoir pratiquer le lendemain une nouvelle saignée. Le troisième jour, je le trouvai presque sans fièvre, ce qui m'assura que la révolution de la pneumonie s'était effectuée. Néanmoins, ce qui me frappa, c'est que d'habitude affaissé et morne lorsqu'il était malade, il s'assit sur son lit dès que je parus, qu'il m'annonça son bien-être et qu'il me demanda à boire et à manger avec ce plaisant et grossier langage qui lui était habituel en santé. Je fus, je l'avoue, fâché de ce changement si subit, je craignis une imprudence de sa part ; je le raisonnai et lui conseillai la continuation de la diète et de sa tisane. Le quatrième jour la peau était aussi fraîche que la veille, le pouls aussi bon ; mais, quoique son langage fût aussi déraisonnable, il me parut plus affaissé, et je conseillai de s'en tenir encore à la tisane et à quelques laits de poule, lorsque vers midi on vint me chercher à la hâte en me disant que depuis neuf heures il était allé toujours de plus mal en plus mal. Je le trouvai en effet atterré, la figure décomposée, quoique avec les yeux hagards et un rire sardonique qu'il conservait toujours. Sa respiration était calme et pure, et son pouls petit et concentré, sa peau fraîche quoique couverte de sueurs. Il avait des soubresauts dans les tendons, des mouvements convulsifs au milieu d'un collapsus évident. Parfois il poussait des cris et prononçait quelques mots isolés avec incohérence ou sans à-propos. La complication ataxique était évidente : j'ordonnai donc 10 centigrammes de musc toutes les heures ; mais malgré ce moyen, à cinq heures de la même journée il avait cessé d'exister.

Ce premier fait me remplit de doutes, m'accabla de regrets. Mais comment sortir de la confusion d'idées qui se présentaient en foule à mon esprit? quel fil d'Ariane avais-je pour me conduire désormais à travers l'embarras de la question? Rien dans la science ne pouvait me diriger ; aucun auteur qui m'eût précédé n'avait seulement entrevu le fait. C'était peut-être une chimère qui me préoccupait ! Cependant je

n'avais rien vu de pareil, depuis quinze ans, dans une pratique assez étendue. Cette distension du pouls si rapide, puis cet affaissement des fonctions vitales si subit, et cette mort qui était survenue comme par le manque de l'influence nerveuse, me montraient quelque chose de si anormal, de si inusité, que malgré la propension que j'avais à rattacher ces sinistres aux effets des habitudes hygiéniques de ce jeune homme, je n'osai pas trop m'arrêter à cette manière de voir.

Cependant le musc qui, dans des cas d'ataxie ordinaire, était si efficace et d'une action si certaine, si identique, était resté ici non pas sans efficacité, mais sans influence thérapeutique. Du reste, je ne pouvais rattacher cette insuffisance du musc aux effets d'une phlegmasie excitante, d'une altération organique qui eût dominé le champ pathologique. Je l'ai dit dans un article précédent (voyez vol. XXVI, page 329), l'ataxie peut se développer et marcher de pair avec les phénomènes inflammatoires d'une maladie organique, et dans ce cas le musc pourra l'atténuer, mais rarement la détruire; tandis que la prétention de juguler l'ataxie ne sera vraie que lorsqu'elle sera le dernier et le seul élément morbide. Eh bien ici, certes, ellcétait bien le dernier et le seul élément morbide, et cependant le musc fut impuissant. De quelle manière même le fut-il, puisque l'ataxie qui n'avait débuté que dans la matinée, avait amené la mort avant cinq heures de la même journée!

Or, à une heure, lorsque je vis le malade, le pouls était faible, déprimé, la peau froide, la respiration toute calme et large, puis des soubresauts dans les tendons, des mouvements convulsifs, etc.; évidemment la scène avait changé, tout ce qui tient aux phénomènes de la circulation s'était affaissé, et le reste du mouvement vital était passé dans l'arbre encéphalo-rachidien. Mais ce mouvement nerveux n'avait réellement qu'une énergie douteuse; tout, dans les phénomènes qui se produisaient, était faible, quoique subtil; c'étaient les derniers éclairs d'une lampe qui s'éteint. Malgré cela, je l'avoue, je n'appréciai pas tout de suite toute la gravité de cette dernière manifestation, tant j'avais confiance au musc dans une circonstance comme celle-ci, où l'ataxie était restée le seul élément morbide.

Mais, après cette mort si prompte, je ne pus me défendre de la pensée de cette vieille vérité : *sanguis frenat nervos*, et je me demandai partant si dans cette nature perpétuellement en surexcitation alcoolique, le sang, par l'effet de la diète et des saignées, n'avait pas perdu tout à coup ses qualités vitales nécessaires à l'accomplissement des fonctions nerveuses. Je me demandai partant encore si le vin ou les toniques n'auraient pas été, dans l'état, les meilleurs ataxiques. J'inclinai d'autant

plus vers cette idée, qu'il me souvenait d'avoir été appelé, il y a environ douze ans, à visiter un malade avec un vieux chirurgien des armées, qui s'était tellement adonné à la boisson, que le vin n'était plus rien pour son palais, et qu'il lui fallait de l'eau-de-vie et même de l'alcool. Or, cet officier de santé que je vis d'abord le soir, par conséquent dans un état de surexcitation convenable pour stimuler suffisamment son cerveau, me parla assez bien de son malade et de sa maladie; mais le lendemain, pendant qu'il était encore à jeun de boisson, je n'en pus rien tirer; je lui trouvai une figure hébétée, des yeux fixes et larmoyants; toute son intelligence était endormie. N'est-ce pas le cas de dire que l'habitude est une seconde nature?

J'en étais là de mes doutes, lorsque je fus appelé, au commencement de l'hiver dernier, dans une des communes du canton, pour un homme qui, pendant un court séjour à Marseille, avait était pris d'une douleur au côté très-violente, de fièvre et de crachement de sang. La pneumonie était évidente, et elle le fut pour un estimable confrère qui voulut le saigner. Mais le malade s'y refusa obstinément et voulut partir pour son pays dans cet état. On le plaça donc dans une voiture, on le munit d'une bouteille de tisane; il cracha pendant la route beaucoup de sang mêlé à du mucus bronchique abondant, et continua chez lui la tisane et la diète pendant deux jours encore. Ce fut alors cependant qu'on me pria d'aller visiter le malade; mais quoique son facies fût altéré, la fièvre me parut avoir beaucoup diminué, la douleur et les crachements de sang s'étaient dissipés, l'indication me parut être celle de l'expectation. J'attendis en effet, et la diète et la tisane suffirent pour amener une prompte convalescence. Or, je différai d'autant plus volontiers chez ce malade la saignée, que je savais qu'il était un de ces hommes, comme on en voit beaucoup dans le midi de la France, qui ont une constitution assez forte et robuste pour ne boire absolument que du vin depuis longues années. Il me sembla donc rationnel d'espérer, dans la circonstance, que pour une telle nature habituée à une pareille surexcitation, la diète et la tisane seraient des antiphlogistiques suffisants. Je ne me trompai pas, comme on a pu le voir.

Enfin un autre cas, quoique malheureux, est venu corroborer mes convictions. Par une espèce de fatalité, je n'ai été informé qu'après sa mort des habitudes d'intempérance du sujet; aussi mes remarques précédentes ont-elles été sans bénéfice pour lui, mais les faits qui découlent de son histoire même ne seront pas moins probants pour confirmer les indications thérapeutiques que j'avais déjà posées.

Un homme de quarante-cinq ans environ est pris, dans la commune de Sainte-Tulle, le 16 mars dernier, de fièvre et de toux à la suite

d'un refroidissement. Le 17, je suis appelé auprès de lui : la fièvre était forte, il se plaignait de douleurs, ou plutôt d'une oppression qui lui étreignait la base de la poitrine. Je saignai le malade et j'ordonnai une tisane pectorale délayante. L'évacuation sanguine fut d'environ 300 grammes ; le cruor sans couenne, mais de consistance telle, que le lendemain il envahissait encore tout le vase auquel il adhérait, de telle manière qu'on pouvait renverser celui-ci sens dessus dessous sans qu'il se détachât et qu'il s'échappât une goutte de sérum. Le lendemain cependant la fièvre avait beaucoup diminué, je ne conseillai donc plus la saignée ; mais comme il se plaignait toujours d'oppression, de plénitude à la base de la poitrine, je crus que l'émétique en lavage, en déterminant quelques vomissements et quelques selles, remplirait parfaitement l'indication, quitte à saigner le soir si les phénomènes inflammatoires augmentaient. Il n'en fut rien, car le lendemain, à part la fatigue que lui avaient procurée, disait-il, les vomissements, je le trouvai bien, la respiration était nette et calme, le murmure respiratoire s'entendait partout ; je conseillai donc d'attendre et de s'en tenir à de simples boissons tièdes et béchiques.

Le soir de la même journée on trouva le malade plus mal, puisqu'on me dépêcha un porteur pour me rendre de nouveau auprès de lui ; mais, ne pouvant y aller, je conseillai d'avoir recours à l'officier de santé de la localité, qui jugerait s'il serait nécessaire de tirer encore un peu de sang. Or, il paraît que l'ataxie débutait alors, car M. Sicard n'osa pas ce même soir pratiquer la phlébotomie, et il l'eût certainement fait si les phénomènes lui eussent paru franchement inflammatoires. Le lendemain cependant, comme il vit qu'une espèce de délire avait continué toute la nuit, il saigna et il retira encore environ 300 grammes de sang qui, cette fois, portait une certaine couche de couenne. Au milieu de la journée, je trouvai que le *subdelirium* continuait, quoique le malade m'eût reconnu et qu'il eût répondu avec justesse à quelques-unes de mes questions. La peau n'était pas chaude, et le pouls, à 83, n'était ni dur, ni développé ; pas de dilatation ni de contraction des pupilles, mais le regard était incertain ; la respiration était toujours calme et le murmure respiratoire partout manifeste. Je reconnus dans ces phénomènes l'ataxie et j'ordonnai, en conséquence, 20 centigrammes de musc dans une potion, et quelques cuillerées de bouillon, au lieu de la saignée que réclamaient les parents ; et cela, bien qu'ils eussent vu que la dernière évacuation sanguine, loin d'amener de l'amélioration, n'avait pas empêché le redoublement du délire.

Le lendemain 20 mars, je me rendis pendant la matinée dans le village de Sainte-Tulle, et, au lieu de trouver de l'amélioration comme

je l'espérais à la suite de l'administration du musc, le malade ne me reconnut pas et n'avait plus la conscience de lui-même. Il poussait par intervalles quelques cris ; il avait des soubresauts dans les tendons, des mouvements désordonnés, tandis que ses yeux n'exprimaient rien de plus que la veille. Son pouls avait repris un peu de force et même une certaine dureté, en même temps que sa figure était plus animée.

Je ne pouvais, malgré cela, penser à faire de nouveau ouvrir la veine au malade, soit en considérant l'effet qu'avait produit la dernière évacuation sanguine, soit par les dangers qu'elle aurait pu entraîner dans une ataxie si grave. Mais étais-je bien assuré de l'ataxie? Le musc n'avait pas eu la plus légère action sur les phénomènes nerveux observés. Bien que les pupilles ne fussent ni dilatées ni contractées, encore que le pouls n'eût pas bien supporté les évacuations sanguines, ne pouvions-nous pas être en face d'une inflammation cérébrale à son début? au milieu d'un tremblement nerveux continuel, ces deux affections ont, dès leur origine, si peu de caractères différentiels, qu'il est bien permis d'hésiter lorsqu'il est nécessaire de porter un jugement qui peut avoir d'aussi graves conséquences. Dans ces deux alternatives, je pris la moyenne, et je prescrivis les sangsues derrière chaque apophyse mastoïde, et une pilule de musc de 10 centigrammes toutes les heures. Je retournai le soir, sur les neuf heures, auprès du malade, et tous mes doutes furent dissipés, car les pupilles n'avaient pas changé, et cependant le pouls était faible, la peau couverte d'une sueur froide, avec des soubresauts des tendons, des cris, etc.

Mais si l'application de sangsues n'avait rien produit, si ce n'est un affaissement dans le pouls, qui témoignait de la nature de l'affection, le musc, donné à forte dose, avait été pareillement sans effet salutaire : agirait-il dans le courant de la nuit? je n'osai l'espérer, mais je ne le prescrivis pas moins, en déclarant que le malade serait mort ou guéri le lendemain. Malheureusement il fut mort, et ce n'est qu'à ce moment que j'appris qu'il avait la funeste habitude de boire journellement beaucoup de vin, que même il était dans un état d'ivresse presque permanent, ce qui le rendait toujours comme niais et hébété. Je m'en étais aperçu en effet, mais c'était apparemment si constant chez lui, que je l'attribuai naturellement à son organisation propre et originelle.

De tous ces faits je conclus donc : que l'habitude de l'ivrognerie rend l'ataxie beaucoup plus grave et dangereuse ;

Que le musc a peu ou point d'action dans ces circonstances, et que partant, dans ces cas, il faut peu compter sur cette médication héroïque dans l'ataxie ordinaire ; que, chez des organisations habituées à une surexcitation permanente, il faut être sobre et prudent dans les évacua-

tions sanguines pour ne pas soustraire tout à coup un stimulant nécessaire à l'accomplissement des fonctions cérébro-rachidiennes ;

Et qu'enfin l'observation ultérieure devra démontrer si les liqueurs alcooliques ou tout autre tonique ne seront pas les meilleurs antiataxiques à employer, ou s'il conviendra d'en combiner l'usage avec celui du musc.

DAUVERGNE, D. M. P.

DES AVANTAGES THÉRAPEUTIQUES DE L'INOCULATION DE LA MORPHINE ET DE CELLE DE QUELQUES AUTRES MÉDICAMENTS ÉNERGIQUES.

Dans la séance de l'Académie royale de médecine du 27 décembre 1836, M. Martin Solon lut un rapport sur un Mémoire que j'avais adressé à ce corps savant. Ce Mémoire avait pour titre : ***Recherches thérapeutiques sur les effets de quelques médicaments introduits sous l'épiderme***. Dans son rapport, œuvre réfléchie et contrôle sévère de mes expérimentations, le savant académicien partageait mon avis sur l'utilité que la thérapeutique peut retirer de cette manière d'administrer les préparations d'opium et plusieurs autres substances actives. Les conclusions du rapport furent des remerciements pour l'auteur, et le renvoi du Mémoire ainsi que du rapport au comité de publication. On peut, en effet, lire l'une et l'autre de ces pièces dans le ***Bulletin de l'Académie***, tom. I, p. 249. L'honorable rédacteur du ***Bulletin de thérapeutique*** donna place à mon travail dans ce journal (tom. XI, p. 329), et fit ressortir l'utilité de cette innovation.

Tous les journaux de médecine de l'époque, il est facile de le vérifier, donnèrent de mon Mémoire une analyse encourageante. Et cependant, qui parle en France, à l'heure qu'il est, de l'inoculation des médicaments? En est-il de même à l'étranger? Il s'en faut! Les recueils périodiques anglais et belges en font, de temps à autre, mention et éloge, avec cette différence toutefois que les journaux britanniques m'en reconnaissent l'inventeur (voy. ***the Contin. and Brit. med. Review***, t. II, p. 49; et ***Bul. ther.***, t. XXVIII, p. 397), tandis que, dans les journaux belges, on voit que deux ou trois médecins, fidèles à la vieille habitude qu'on prête à leur nation en fait de littérature, se sont simplement emparés de mon idée, et l'ont présentée comme leur bien propre et légitimement acquis (voy. ***Gaz. des hôp.***, 20 mars 1845; et ***Annuaire thérap.*** de M. Bouchardat, pour 1845, p. 204).

Ce préambule m'était nécessaire pour établir toute l'importance de la question thérapeutique que je vais agiter.

Une méthode stérile avorte à sa naissance ; on en parle un jour, et tout est dit. La nôtre a eu une destinée différente. Bien accueillie à l'A·

cadémie de médecine, signalée dans la presse médicale française, elle a fait son tour d'Europe, et a même fini par recevoir le baptême de la contrefaçon. Un procédé à résultats nuisibles, médiocres ou nuls n'eût pas reçu ces marques de distinction. Voilà plus de dix ans que j'ai imaginé cette méthode; je mets chaque jour en pratique l'inoculation des médicaments. Eh bien! jamais, à la réserve légitime d'une indication précise, je ne l'ai vue échouer. Je suis si pénétré de l'excellence de ce moyen, par ma propre expérience et par celle d'autrui, que je ne crains pas d'avancer que, dans nombre de circonstances, rien ne saurait lui servir d'équivalent. Plus j'ai creusé ce sillon, plus je l'ai rendu fertile. En est-il ainsi quand quelque chose en thérapeutique est sans racine dans la science? Depuis le premier article que j'ai publié dans ce journal, le cercle de mes investigations s'est agrandi; j'ai pu combattre avec de nouvelles substances de nouvelles maladies, j'ai perfectionné le mode d'application : une tâche m'était donc imposée, c'était de fixer une fois encore l'attention des praticiens sur une méthode qui, sagement et à propos invoquée, leur rendra, j'en suis sûr, d'importants services.

J'ai étudié l'inoculation d'un grand nombre de substances pharmaceutiques; mais celles qui, jusqu'ici, m'ont le plus vivement intéressé au point de vue pratique, sont : 1° l'opium et les sels de morphine; 2° les solanées vireuses; 3° la strychnine; 4° la vératrine; 5° l'huile de croton-tiglium, le tartre stibié et le suc des euphorbes indigènes. Je vais, dans autant de paragraphes, traiter de l'inoculation de ces divers produits.

§ Ier. ***De l'inoculation de l'opium et des sels de morphine.*** Rappelons quels sont les effets locaux et généraux qui résultent de l'inoculation de la morphine.

Si, après avoir trempé l'extrémité d'une lancette dans la morphine, préalablement réduite en pâte en la délayant dans un peu d'eau, on enfonce presque horizontalement sous l'épiderme, à trois millimètres environ de profondeur, la pointe de l'instrument, c'est-à-dire, en s'y prenant comme pour l'inoculation de la vaccine, on observe invariablement cette série d'effets : une minute et demie après que l'opération est terminée, on voit poindre simultanément, à la base de la piqûre, une petite papule, une auréole rosée d'abord diffuse et peu étendue, accompagnée d'un léger prurit et d'un peu de chaleur. Au bout de quinze à vingt minutes, la papule, surmontée de la petite piqûre, a fait de rapides progrès, elle offre au moins huit millimètres de largeur et deux d'épaisseur; elle est, par conséquent, très-aplatie; sa teinte est légèrement plus animée que celle qui est naturelle à la peau: elle est

dure, l'auréole qui la circonscrit est d'un rose très-vif; et présente quatre centimètres de diamètre; la chaleur s'est accrue, mais le prurit est encore à peu près le même. Durant toute la première heure, la papule et l'auréole sont à leur apogée de développement. Mais, à dater de la fin de cet espace de temps, la zone rosée commence à pâlir et le bouton à se flétrir. Au bout de deux ou trois autres heures, la couleur rouge de la peau s'est entièrement dissipée, la papule est considérablement affaissée; mais ce n'est qu'après douze ou même vingt-quatre heures que celle-ci s'est totalement évanouie.

Si, au lieu d'une seule piqûre, l'on en a pratiqué plusieurs à trois centimètres de distance l'une de l'autre, on observe, quant au volume des papules, les résultats précités; mais les auréoles, en se déployant, s'étant confondues ensemble, il en est résulté un érythème accompagné d'une chaleur et d'un prurit assez intenses. C'est une chose curieuse à examiner que ces larges papules disséminées sur ce fond rouge de la peau; on croirait voir une variole discrète; car la piqûre qui siége au centre des papules leur prête de loin l'aspect d'une pustule ombiliquée. Cet érythème, si vaste qu'il soit, met à s'évanouir le temps que met à se dissiper l'auréole dont est ceinte une papule isolée. Il ne reste plus le lendemain que la trace des piqûres produites par la lancette, on les prendrait alors pour des morsures de puces; huit à dix jours après, le petit caillot qui les recouvrait étant tombé de lui-même, il n'est plus possible de déterminer le point piqué par l'instrument. Il ne reste donc pas la plus petite cicatrice : circonstance importante et dont nous signalerons plus bas l'avantage.

Plus les sujets possèdent un tégument délicat, plus les phénomènes décrits sont apparents et prompts à se retracer; c'est surtout dans le sens de la flexion du tronc et des membres qu'ils se développent avec le plus d'intensité.

Mais cette sorte d'inoculation ne produit-elle jamais que des symptômes locaux? Il s'en faut : la morphine, ainsi transmise dans le torrent circulatoire, exerce une influence générale sur l'économie, et retentit sur des organes éloignés. Pour arriver à ce résultat, il est une condition indispensable; c'est celle de multiplier les points d'insertion de la lancette sur une des régions données de l'enveloppe cutanée. Ainsi, pratiquez de quinze à vingt piqûres, par exemple, sur la partie antérieure de l'avant-bras d'un adulte en bonne santé, en ayant soin, après chaque incision, de plonger la pointe de l'instrument dans la pâte de morphine, le sujet de l'expérience ne tardera pas à éprouver, sans préjudice des symptômes locaux, une pesanteur de tête bien caractérisée, des bâillements, de l'empâtement et de la sécheresse dans

la bouche, une propension au sommeil, ainsi qu'une modification en plus ou en moins dans l'état normal des pupilles : l'inoculation de trois à quatre centigrammes de morphine suffit pour amener ce résultat. Cet état de narcotisme, si on ne réitère pas l'inoculation, se dissipe de lui-même au bout de quelques heures, mais il est loisible de l'accroître en intensité ou de le prolonger en multipliant de prime abord, ou en répétant plus tard dans la journée, l'inoculation de morphine.

L'interprétation de ce fait, si facile du reste à vérifier, va nous conduire à d'utiles considérations pratiques : c'est qu'on doit désormais compter un nouveau mode opératoire pour administrer la morphine par la voie endermique ; c'est que l'inoculation peut remplacer les vésicatoires de cantharides et ceux dits ammoniacaux. Les premiers sont lents à soulever l'épiderme et favorisent peu l'absorption du médicament; les seconds, au contraire, le font rapidement passer dans le système sanguin, mais, entre des mains inhabiles, ils produisent des escarres et exposent à de désagréables cicatrices ; ils sont en outre, si on les applique selon la méthode ordinaire, difficiles à établir : la pommade dont on se sert à cet effet se saponifie promptement, et partant perd ses forces vésicantes. Cet inconvénient m'a vivement préoccupé ; mais d'heureuses tentatives m'ont amené à ne plus en tenir compte : deux précieux moyens sont pour cela à ma disposition ; c'est, d'une part, l'inoculation par la lancette, de l'autre, l'usage des vésicatoires ammoniacaux, dits ***aux pièces de monnaie***, sur l'efficacité et la simplicité desquels j'ai tenté de fixer l'attention (voy. ***Bulletin de Thérap.***, vol. XXX, pag. 95). Quoique conduisant au même résultat, c'est-à-dire à l'absorption similaire médicamenteuse, ces deux modes thérapeutiques ne sont point, dans notre estime, aptes à remplir invariablement les mêmes indications. Leurs points de contact sont sans doute multiples, mais chacun se distingue aussi par un emploi déterminé. Nous aurons pour objet de définir précisément cet emploi ou ce but. Appesantissons-nous avant tout sur cette vérité pour nous bien démontrée, c'est que la morphine inoculée sous l'épiderme est aussi facilement absorbée que quand on la dépose sur la surface rosée d'un vésicatoire récent.

Parmi les préparations d'opium, ce n'est point la morphine seule qui se comporte à l'inoculation comme nous venons de l'établir ; tous les sels de morphine, l'opium brut, les divers extraits thébaïques, les deux laudanums, jouissent de la même prérogative, avec cette réserve cependant, que les effets dynamiques, tant locaux que généraux, restent subordonnés à la virtualité du produit. Ainsi, il est d'évidence qu'il faut attendre davantage de la morphine et de ses sels, que des ex-

traits ou du laudanum, substances qui, malgré leur infériorité, trouvent pourtant à être utilisées dans notre méthode. Dans la pratique, l'hydrochlorate de morphine est le sel que nous employons pour les inoculations. L'acétate et le sulfate de même base sont eux-mêmes très-efficaces, mais leur moins grande solubilité dans l'eau doit leur faire préférer le premier.

C'est sur les parties habituellement découvertes du corps, sur la face et le cuir chevelu chez l'homme, sur la poitrine et les bras chez la femme, que nous inoculons spécialement l'hydrochlorate de morphine pour atténuer ou annihiler les douleurs névralgiques ou rhumatismales qu'on est si souvent à même d'observer sur ces diverses régions. Un vésicatoire, qu'on accepterait volontiers partout ailleurs, vient-il à être prescrit sur ces parties, les répugnances, les hésitations, les refus du malade sont connus de tous les médecins. Le sacrifice des cheveux est une concession si extrême, les stigmates de la peau sont si redoutés, qu'on se rend aisément au procédé de l'inoculation. La chevelure la plus épaisse ne compromet en effet jamais le succès qu'on en attend; il n'est point suivi de cicatrices, et la douleur provoquée par chacune des petites piqûres de lancette est si légère qu'on n'en a jamais fait un sujet d'objections.

Si toutes ces prémisses sont vraies, et nous défions que l'expérience les infirme, il est de rigueur d'admettre que lorsqu'on réclame des sels de morphine une action sédative locale, c'est à l'inoculation de ces sels qu'il est rationnel de recourir. Les larges papules, l'érythème, la chaleur, le prurit, le narcotisme qui s'ensuivent, tout n'annonce-t-il pas que le médicament exerce une énergique puissance thérapeutique, là et aux environs des points où on l'a introduit sous l'épiderme? De quelle ressource cette méthode n'est-elle pas tous les jours entre mes mains dans les névralgies qui occupent les branches de la cinquième paire, et celles des rameaux superficiels des nerfs spinaux! Ce procédé séduit d'autant plus, que son efficacité est mise en évidence par cette prérogative, c'est qu'il permet d'attaquer la douleur sur tout le trajet du nerf à la fois, de la poursuivre dans ses plus petites ramifications, et cela en éparpillant, pour ainsi dire, le remède sur toute la surface anatomique de la corde nerveuse malade. Quelle multiplicité ne faudrait-il pas dans les vésicatoires pour que les deux méthodes participassent aux mêmes bénéfices! Autour des articulations pour les douleurs rhumatalgiques, sur tous les points de la surface du corps pour les douleurs à caractère névropathique, rien ne balance la valeur des inoculations quand c'est de la morphine qu'il est indiqué de se servir par la voie endermique.

Pour l'intelligence complète de notre sujet, je vais citer trois observations qui sont le reflet de ma pratique, et l'exposé fidèle de ma manière d'opérer.

Obs. Ire. J. Camus, âgée de quatorze ans, du Marrain (Saint-Christophe), fut prise, le 16 juin dernier, de la migraine à laquelle elle est souvent sujette. Intelligente et rendant bien compte de ses sensations, la malade s'aperçut ce jour-là, dès l'invasion de la céphalalgie siégeant habituellement au côté droit de la tête, que son affection n'avait pas sa simplicité accoutumée. En effet, la migraine disparut le soir même, mais les élancements qui l'avaient compliquée tout le jour, loin de s'amender, s'animèrent de plus en plus. La douleur, comparée à un coup de lancette, partait de la bosse pariétale droite et s'irradiait vive et prompte, en ligne droite, jusqu'à la bosse pariétale correspondante. Après cinq à six secondes de calme, un nouvel élancement survenait, arrachant un cri déchirant, et déterminant un mouvement de totalité dans la tête, comparable à celui qu'on exerce d'instinct pour se soustraire au retour d'un coup d'aiguille qu'on vient de recevoir. Cette scène persista sans trêve toute la nuit; c'était intolérable. Je fus mandé le lendemain. Bientôt éclairé sur la nature de l'affection que j'avais à combattre, je recourus à l'inoculation de l'hydrochlorate de morphine. Partageant les cheveux de chaque côté de la ligne douloureuse, je me ménageai de la sorte une raie menant de la bosse pariétale à la bosse frontale et passant exactement sur le trajet du mal. L'aire de la douleur ainsi mise à nu, je pratiquai tout le long de légères incisions avec la pointe d'une lancette chargée du sel de morphine réduit en pâte. Près de cinq centigrammes de cette substance furent ainsi insérés sous l'épiderme. Avec la pulpe de mon doigt indicateur humectée d'eau, je pratiquai ensuite de légères frictions sur le trajet de la ligne inoculée; je recouvris la surface malade d'une compresse imbibée de laudanum, revêtue elle-même d'un morceau de toile cirée; puis, les cheveux relevés furent retenus sous un bonnet. Tel fut le pansement; mais voici les résultats : à peine avais-je commencé les premières inoculations, que la douleur s'amenda ; le pansement achevé, toute souffrance s'était évanouie. Un léger narcotisme se révéla bientôt, et un calme suivi de sommeil dura jusqu'au soir. A ce moment, réveil de la névralgie aussi intense que le matin; nouvelle inoculation du sel de morphine avec l'ensemble des mêmes précautions et sur le même point. Soulagement subit et complet. La nuit fut excellente. Le 18, les douleurs, moins vives que la veille, reparurent à deux reprises dans la journée, et furent chaque fois combattues par une vingtaine d'inoculations. Le 19 et le 20, malgré un grand amendement, les inoculations furent renouvelées

sur le point précité, mais il devint inutile d'y recourir désormais ; la guérison était définitive. La chevelure, qui aurait dû être en partie sacrifiée si on eût employé des vésicatoires, fut ainsi conservée intacte. Il va sans dire que si l'aire de la douleur eût été plus étendue, il aurait suffi de déplisser les cheveux à côté de la raie primitive pour multiplier à volonté les lignes d'inoculation. Chez l'homme, la simplicité du manuel opératoire est plus grande encore, puisque chez lui les cheveux sont très-courts.

Cette observation se recommande surtout par l'intérêt qu'offre cette particularité : dès les premières incisions du cuir chevelu, dans la première minute de l'application du procédé, avant que le sang imprégné du sel de morphine eût pu le porter jusqu'au cerveau, la douleur s'amendait pour disparaître bientôt après. Ce phénomène, loin d'être rare, est un résultat à peu près constant de l'inoculation dirigée contre une névralgie. Comment s'en rendre compte et l'expliquer ? Serait-ce en invoquant une sorte d'analogie entre cette méthode et celle de l'acupuncture? Il y a peut-être moins de témérité qu'on ne pense à rapprocher ces deux moyens thérapeutiques; voici nos raisons : tous les tissus qui reçoivent des nerfs du sentiment peuvent être affectés de névralgie. Cette exaltation de la sensibilité est souvent déterminée par une congestion véritable du fluide nerveux qui paraît se condenser à outrance dans une sorte de moule bien limité. Ce que j'avance n'est point une hypothèse ; les médecins observateurs et les malheureux patients savent seuls si j'invente. C'est alors, quoi qu'en dise l'École, que le doigt promené sur les points envahis exalte la douleur par le simple contact. Cette douleur, vive, subite, très-aiguë, lancinante ou brûlante, exerce ses tortures dans ce moule ou ce cercle. En dedans, souffrances horribles ; en dehors, calme parfait. Les auteurs qui se sont occupés de l'acupuncture ont une manière de s'exprimer qui dépeint exactement ce genre d'affection : ils disent que leur aiguille agit en soutirant le fluide nerveux des parties où il s'accumule, comme les pointes soutirent le fluide électrique (MM. Roche et Sanson, *Elém. de path. méd. chir.*, tom. Ier, p. 145, 3e édit.). C'est précisément là ce que nous avons vu si souvent en procédant à nos inoculations. Avant que le sel narcotique fût absorbé, dès l'instant de la piqûre de lancette, le calme survenait, le moule offrait comme une fissure par laquelle le fluide nerveux soutiré s'exhalait au dehors. Il n'y a, de notre part, pas plus d'exagération à expliquer ainsi un fait positif, qu'on n'en saurait trouver dans ces paroles de M. le professeur J. Cloquet : « A « l'instant même de l'introduction, le malade sent partir de l'aiguille à « acupuncture une sorte d'étincelle électrique, qui sillonne les tissus

« voisins. » (*Dict. de méd.*, tom. Ier, p. 530, 2e édition), ou dans ce passage de M. Guersant : « Un individu recommandait à M. Dance « de ne point mettre le doigt sur la piqûre, de peur d'empêcher la sortie « du *vent* qui venait y aboutir » (*ibid.*, p. 531). J'étais donc dans mon droit en établissant une analogie, et quelquefois une parité d'effet entre les piqûres de l'inoculation et l'acupuncture elle-même. Le rapprochement paraîtra plus légitime encore si l'on tient compte du dire de M. Guersant, qui rapporte (*loc. cit.*, p. 335) que l'acupuncture paraît réussir le plus souvent dans les névralgies et les rhumatismes chroniques, affections contre lesquelles nous dirigeons précisément les inoculations avec la plus grande chance de succès.

Avant de quitter ce sujet, il nous reste à exprimer combien la pratique trouverait d'avantages à réunir souvent les inoculations de morphine et l'acupuncture en un seul et même procédé.

Dans un prochain article, nous exposerons par quelle manière bien simple on arriverait à ce résultat. Dr G.-V. LAFARGUE,

de Saint-Emilion.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS NOUVELLES SUR L'ÉTIOLOGIE ET LE TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRITE DES PLAIES.

Par M. ALPH. ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

La diphtérite, que les belles recherches de M. Bretonneau ont si puissamment contribué à faire connaître dans les membranes muqueuses, a été encore peu étudiée dans les plaies, dont elle forme cependant quelquefois une très-grave complication. Ce motif m'engage à exposer ce que l'expérience m'a appris sur cette maladie, et à soumettre à l'appréciation de mes confrères quelques vues nouvelles sur sa nature et son traitement.

Voici d'abord les symptômes principaux par lesquels elle se manifeste.

La surface de la place devient plus douloureuse qu'auparavant, elle fournit une suppuration moins abondante et moins liée, on y voit apparaître tantôt de petites plaques blanchâtres et adhérentes, tantôt de petites saillies mamelonnées, demi-transparentes comme le seraient des phlyctènes, et présentant le volume d'un grain de millet ou de chènevis ; les unes et les autres s'étendent rapidement en surface et

envahissent bientôt la plaie ; les bords de celle-ci deviennent saillants, demi-transparents et comme œdémateux, quelquefois même l'épiderme en est soulevé par de petites phlyctènes.

Bientôt les plaques blanches sous lesquelles le fond de la plaie a disparu deviennent plus épaisses, moins denses, moins adhérentes, se détachent d'elles-mêmes ou à l'aide d'un léger grattage ; mais bientôt elles renaissent pour suivre les mêmes phases que les premières. Le travail de la cicatrisation est interrompu pendant l'évolution de ces phénomènes locaux ; les malades perdent quelquefois l'appétit, la langue devient jaunâtre ; ils offrent de temps en temps quelques accès fébriles. Cet état ne dure presque jamais moins de quinze à vingt jours.

Lorsque la maladie touche à sa fin, les plaques blanches deviennent moins épaisses et moins compactes, elles se renouvellent moins rapidement, les bords s'affaissent peu à peu, enfin les plaies reprennent l'aspect vermeil et granulé qui leur est propre quand elles tendent vers la cicatrisation.

Lorsque la maladie affecte la surface dénudée de la peau et que les fausses membranes se détachent, le derme sous-jacent est boursouflé et granuleux, circonstance qui, pour le dire en passant, pourrait faire croire qu'il y a eu escarre à sa surface, et qu'il s'est formé au-dessous de celle-ci de véritables bourgeons charnus par suite de l'inflammation éliminatoire ; mais si l'on examine les choses de plus près, et surtout si l'on a égard à l'aspect ultérieur de la cicatrice, on voit que celle-ci est plane et que le derme, en réalité, n'a subi aucune déperdition de substance. Si j'insiste sur ce fait, c'est que dans certains cas la densité des plaques diphtéritiques et leur aspect pourraient en imposer pour de véritables escarres. Du reste, M. Bretonneau a signalé ces mêmes particularités dans la diphtérite des membranes muqueuses.

Quelquefois cette inflammation offre un caractère plus grave ; les plaques couenneuses sont grisâtres, molles, et tombent facilement en déliquium exhalant une odeur fade particulière ; les bords de la plaie ainsi que sa surface présentent de très-petites ecchymoses ; les plaies sont plus douloureuses que dans le cas précédent. Cette forme de diphtérite, aujourd'hui encore assez commune dans certains hôpitaux peu salubres, est généralement désignée sous le nom de *pourriture d'hôpital* ; il est évident, du reste, que ce n'est qu'une variété de la diphtérite, car elle peut lui succéder ou la précéder, ainsi que je l'ai vu sur le même malade.

La pellicule couenneuse qui se forme si souvent à la surface des vésicatoires semble au premier abord devoir être rattachée à la diphtérite des plaies proprement dite ; cependant elle en diffère essentiellement.

Ainsi, 1° le derme sousjacent à la fausse membrane des vésicatoires n'est le plus souvent que rouge, et les papilles qu'il offre à l'état normal sont peu tuméfiées ; tandis que, dans la diphtérite proprement dite, l'inflammation du derme y développe des bourgeons charnus analogues à ceux que formerait une plaie suppurante ; 2° les bords du vésicatoire ne sont point durs, saillants, et œdémateux, comme dans la diphtérite; 3° enfin, les fausses membranes des vésicatoires s'organisent assez fréquemment lorsqu'on n'a pas le soin de les enlever, et se convertissent en une pellicule épidermique. Pour formuler ma pensée en deux mots, je dirai que les vésicatoires sont le siége d'une exsudation plastique pure et simple, et non d'un travail diphtéritique. Ne sait-on pas d'ailleurs, aujourd'hui, depuis les intéressantes recherches de M. Morel-Lavallée, que cette tendance à la production de l'albumine se manifeste aussi dans les voies urinaires, même à l'état de fausses membranes, sous l'influence des cantharides? Ainsi, il y a dans l'état couenneux des vésicatoires quelque chose de spécial, et bien différent de la diphtérite proprement dite.

La diphtérite m'a paru se manifester de préférence dans les plaies couvertes de bourgeons charnus. Cependant elle peut attaquer aussi les plaies récentes ; je l'ai vue récemment survenir après la piqûre d'une saignée. Quant aux circonstances qui lui donnent naissance, elles ne sont pas toutes toujours faciles à découvrir.

On peut la voir apparaître sous l'influence des épidémies de diphtérite. Ainsi, M. Trousseau l'a observée dans le cours d'une épidémie d'angine couenneuse scarlatineuse, en 1829, dans le département de Seine-et-Oise. Récemment il s'est développé, à l'hôpital Beaujon, dans les salles de mon honorable collègue M. le docteur Bouvier, un foyer épidémique d'où sont résultés plusieurs cas fort curieux de diphtérite des plaies. Voici à quelle occasion :

Au commencement du mois de juin dernier, deux individus furent admis dans la même salle, affectés l'un et l'autre d'angine couenneuse. Peu de temps après un malade, couché près de ces derniers, et chez lequel un large vésicatoire avait dû être appliqué sur le thorax pour une pleuro-pneumonie, fut affecté de diphtérite ; des couennes épaisses se sont manifestées à la surface du vésicatoire, dont les bords se sont tuméfiés ; ces plaques, en se détachant, ont laissé à nu une surface produisant une suppuration extrêmement abondante, et le malade a succombé quelque temps après à l'épuisement produit par celle-ci.

A la même époque, un jeune homme admis dans la même salle et près des mêmes malades, y fut saigné successivement deux fois à deux jours de distance. La piqûre de la seconde saignée, bien que pratiquée à l'aide

d'une lancette irréprochable, ne se cicatrisa pas ; elle se couvrit d'une petite plaque blanchâtre et très-épaisse qui fit rapidement des progrès à la surface de la peau, au point d'égaler en quelques jours l'étendue d'une pièce de cinq francs. Lorsque je vis le malade la première fois, le pli du bras offrait une large plaque grisâtre très-dense et très-adhérente, semblable à une véritable escarre, et entourée d'une zone saillante, rougeâtre et œdémateuse de la peau. Des pansements répétés chaque jour avec des plumasseaux de charpie imbibés de jus de citron ont rapidement modifié cet état, facilité la chute des plaques couenneuses, empêché leur renouvellement, et conduit la plaie à son entière cicatrisation. J'ai appris que dans le même service plusieurs individus chez lesquels des vésicatoires avaient été appliqués, ont été également affectés de diphtérite, bien qu'à un degré moins grave que les précédents.

En présence de ces faits, M. Bouvier a été obligé de renoncer à l'application des vésicatoires ; il a même dû proscrire les emplâtres stibiés qui donnaient lieu aux mêmes résultats. Aujourd'hui, 17 juillet, le foyer épdémique n'est pas encore entièrement détruit, et, chose remarquable, les salles voisines de celle dont nous parlons y sont restées complétement étrangères. On ne saurait donc, dans le cas actuel, invoquer des circonstances atmosphériques générales pour expliquer cette petite épidémie ; force est d'admettre qu'elle a été localement importée par les deux individus affectés d'angine couenneuse. Cette salle, d'ailleurs, est aussi aérée et aussi salubre que toutes les autres salles du même hôpital.

Ces faits très-curieux nous montrent évidemment qu'un foyer diphtéritique peut se développer par le seul fait de la réunion dans un même local d'individus affectés d'angine couenneuse, affecter ensuite soit les plaies simples, soit toute surface dénudée de la peau.

Telle n'est pas cependant l'étiologie la plus commune de la diphtérite des plaies. On la voit se développer de toutes pièces et sans qu'on puisse en faire remonter l'origine à aucune espèce de contagion, dans les locaux où se trouvent réunis des blessés. Ainsi, dans les hôpitaux de Paris, même les plus salubres, il n'est pas très-rare de la voir apparaître, et dans quelques-uns, à l'hôpital Saint-Louis, par exemple, cette maladie est presque endémique. Pour expliquer ces faits à l'hôpital Beaujon et à l'hôpital Saint-Louis, quelques chirurgiens ont admis l'influence de l'infecte voirie de Montfaucon, dont les miasmes sont apportés sur Paris par les vents nord-est. Si cette explication était vraie, il faudrait que l'apparition de la diphtérite coïncidât toujours avec ces vents, ce qui n'a pas lieu. Il serait d'ailleurs bien singulier que la diphtérite se bornât à frapper les hôpitaux, en

respectant les malades de la pratique civile qui habitent les mêmes quartiers de la capitale. D'ailleurs, la diphtérite n'affecte pas spécialement les hôpitaux Beaujon et Saint-Louis; on la voit aussi plus ou moins dans tous les autres hôpitaux. Jadis elle était très-commune et très-grave à la Pitié.

Les variations atmosphériques m'ont paru sans influence marquée sur la production de cette maladie. Je l'ai vue se manifester aussi bien pendant les chaleurs sèches de l'été que pendant les froids humides de l'hiver. L'influence la plus incontestable est évidemment la réunion des malades dans un même local et l'aération insuffisante des hôpitaux.

En effet, les hôpitaux seuls semblent jouir du triste privilége d'être exposés à cette complication des plaies, et ils le sont d'autant plus qu'ils présentent des conditions moins avantageuses de ventilation. Là où existent des salles au rez-de-chaussée, entourées de constructions élevées, et contenant des lits trop rapprochés, l'on voit la diphtérite régner presque endémiquement, et revêtir des caractères d'autant plus graves que l'encombrement des malades est plus considérable.

Aujourd'hui, les progrès de l'hygiène publique ont introduit d'importantes améliorations dans ces établissements. Aussi la diphtérite y est-elle devenue moins fréquente et plus bénigne. Mais si l'on se reporte au temps où les salles étaient étroites, où plusieurs malades couchaient dans le même lit, l'on voit que les plaies étaient fréquemment affectées d'une complication grave que Lamothe-Pouteau, Duchaussoy, ont désignée sous le nom de pourriture d'hôpital, sans en faire connaître bien exactement les caractères. Or, ne se pourrait-il pas que celle-ci ne fût, en définitive, qu'une forme de la diphtérite rendue beaucoup plus grave par les conditions d'insalubrité où se trouvaient les blessés à cette époque? Je suis d'autant plus porté à adopter cette opinion, qu'en lisant les descriptions plus modernes qui nous ont été laissées sur la pourriture d'hôpital, et notamment celles des épidémies observées durant les guerres meurtrières de l'Empire, et surtout lors de l'invasion des armées étrangères, qui firent refluer sur les hôpitaux des grandes villes un nombre immense de blessés, on retrouve les caractères de l'inflammation couenneuse des plaies. En effet, Delpech a assigné à la pourriture d'hôpital deux formes principales. La première, qu'il désigne sous le nom de ***pulpeuse***, est incontestablement la diphtérite telle que nous l'avons décrite, seulement avec des caractères plus graves. Dans la seconde, désignée par le même auteur sous le nom d'***ulcéreuse***, il se forme un travail ulcératif sur les plaies, mais toujours on retrouve à la surface ulcérée un ichor brunâtre et tenace qu'on peut aussi regarder comme un produit couenneux qui s'altère rapidement, au

point de perdre ses caractères primitifs, sous l'influence des conditions graves dans lesquelles les malades se trouvent placés.

En résumé, je pense que la pourriture d'hôpital est essentiellement de nature diphtéritique, et que les formes variées qu'elle présente tiennent aux divers degrés de viciation de l'air où se trouvent les malades ; peut-être aussi faut-il tenir compte de l'alimentation, de l'état moral, des fatigues, etc.

Traitement. La diphtérite des plaies est une maladie purement locale, contre laquelle les modificateurs généraux n'exercent aucune action. Il faut la combattre par des agents locaux capables de substituer à l'irritation dipthéritique une inflammation franche, avec sa tendance naturelle à la cicatrisation. Ce traitement est fondé sur les mêmes principes que celui de la diphtérite des membranes muqueuses dont les bases ont été si bien établies par M. Bretonneau. Les acides végétaux ou minéraux, faibles ou concentrés, suivant la gravité des cas, appliqués sur les fausses membranes au moyen de plumasseaux de charpie, jouissent d'une incontestable efficacité. L'acide chlorhydrique étendu, et, en première ligne, le jus de citron, sont ceux que j'ai employés avec le plus d'avantage. Sous l'influence de ces pansements, renouvelés deux fois par jour, les fausses membranes deviennent moins denses, plus minces, comme demi-transparentes, puis se dissolvent entièrement et laissent, au-dessous d'elles, des bourgeons charnus, vermeils, granuleux, exempts de douleur ; les bords de la plaie s'affaissent, le travail de la cicatrisation reprend sa marche accoutumée. Il ne faut pas discontinuer trop tôt l'usage des acides, sous peine de voir la maladie récidiver. On doit, au contraire, y insister jusqu'à ce que la pellicule cicatricielle soit presque entièrement formée.

Il n'est pas très-rare de rencontrer des cas où la maladie, plus grave, et réfractaire à l'action de ces moyens simples, réclame l'emploi des acides minéraux concentrés et même de la cautérisation transcurrente à l'aide du fer rouge.

J'ai rencontré dernièrement un de ces cas, et il m'a fourni l'occasion de mettre en usage un moyen dont l'efficacité a dépassé mon attente : c'est l'appareil à incubation de M. Jules Guyot, que, depuis huit ans, j'emploie souvent avec succès dans le traitement de diverses lésions chirurgicales. Les circonstances qui m'en ont suggéré l'idée sont assez remarquables pour être rapportées ici avec quelque détail.

Le 16 mars 1847 une jeune femme fut admise à l'hôpital Beaujon, ayant toutes les parties molles de la région palmaire de la main gauche arrachées et détruites par une machine à carder la laine. L'amputation de l'avant-bras fut pratiquée quelques heures après l'accident, par la

méthode à lambeaux, et n'offrit rien de remarquable. La plaie, dont les surfaces opposées avaient été affrontées avec soin, ne se réunit pas par première intention. Vers la fin du mois de mars, le moignon se tuméfia, les bourgeons charnus devinrent exubérants et comme fongueux ; enfin, le 1er avril, quinze jours après l'opération, de petits mamelons transparents et grisâtres apparurent à leur surface, s'étendirent rapidement et formèrent, au bout de quarante-huit heures, une large membrane épaisse et grisâtre couvrant toute la plaie. Les bords de celle-ci devinrent saillants, durs, œdémateux et comme ecchymosés en quelques points. L'état général de la malade n'offrait rien à noter, si ce n'est un peu d'inappétence et la couleur jaunâtre de la langue. J'employai d'abord pendant plusieurs jours les pansements avec le suc de citron, mais sans aucun résultat. Une circonstance vint alors frapper mon attention et me conduire à mettre en usage l'appareil à incubation de M. Guyot. Depuis le commencement de l'hiver dernier, l'ingénieux système de chauffage et de ventilation de M. Duvoir a été essayé dans le pavillon d'hommes blessés, dont je suis chargé à l'hôpital Beaujon. Ce système établit dans les salles une température douce et constamment égale, bien que l'air y soit abondamment renouvelé. Or, dans le cours de cet hiver je n'ai pas eu l'occasion d'observer un seul cas de diphtérite; tandis que dans le pavillon semblable destiné à la chirurgie des femmes, mais dans lequel ce mode de chauffage n'a point encore été employé, il s'en est présenté quelques-uns. Je pensai donc qu'en plaçant le moignon diphtérique de mon amputée dans un appareil qui, conservant la plaie dans une température égale, la soumît également à une ventilation abondante et continue, je pourrais modifier avantageusement la marche de la maladie. L'appareil à incubation de M. Guyot s'offrit naturellement à moi, comme devant remplir cette double indication. Cet appareil fut appliqué le 11 avril, et le thermomètre maintenu jour et nuit à 28 degrés.

Le 13, c'est-à-dire au bout de quarante-huit heures, la fausse membrane qui couvre la plaie semble dure, comme racornie, et s'enlève facilement par larges plaques, laissant au-dessous d'elles des bourgeons plus serrés et plus rouges qu'auparavant.

Le 14, la malade éprouve quelques douleurs dans le moignon ; on enlève complétement la fausse membrane. Les parties dénudées de la veille semblent se recouvrir d'une pellicule diphtéritique mince et beaucoup moins dense que la précédente ; les bords de la plaie sont considérablement affaissés et se rapprochent déjà du centre.

Le 15, il n'y a presque plus de fausse membrane, les bourgeons paraissent vermeils et granuleux; l'étendue de la plaie est notablement diminuée.

Les jours suivants les bords affaissés de celle-ci donnent naissance à une petite pellicule cicatricielle.

Le 22 avril, l'état me paraît tellement satisfaisant qu'il me semble inutile d'insister davantage sur l'appareil à incubation. Le pansement est effectué avec un plumasseau de charpie imbibé de vin aromatique.

Le 23, la plaie a pris un aspect blafard.

Le 25, les fausses membranes y apparaissent de nouveau. Je replace le moignon dans l'appareil à incubation.

Le 27, l'amélioration est notable.

Le 29, la plaie est vermeille. Je supprime définitivement l'appareil à incubation. Depuis ce moment jusqu'au 8 mai, époque où la malade quitte l'hôpital, la cicatrisation n'a cessé de faire des progrès. Toutefois, la guérison n'a été complète que vers le 20 du même mois

Sans doute un fait est insuffisant pour établir une méthode thérapeutique, mais les circonstances qui accompagnent celui que je viens d'exposer sont d'une nature telle qu'elles entraînent la conviction. Aussi n'hésité-je pas à conseiller l'emploi de ce moyen dans les cas analogues, persuadé que je suis de son efficacité.

Les cas de diphtérite sont actuellement si rares à l'hôpital Beaujon, dont les salles sont vastes et aérées, et qui est lui-même placé dans un quartier élevé et très-salubre, que je n'ai pas eu l'occasion d'en observer d'assez graves depuis plusieurs mois pour recourir à l'emploi du même moyen.

Une des pensées dominantes de ce travail a été d'établir que la maladie désignée sous le nom de pourriture d'hôpital n'est qu'une variété de la diphtérite : on a vu que l'étude comparative des symptômes et des causes de ces deux maladies confirment cette manière de voir. Le traitement conseillé par les chirurgiens qui ont spécialement décrit la pourriture d'hôpital vient à l'appui de cette idée, et est identiquement le même que celui que j'ai assigné à la diphtérite proprement dite. Ces moyens sont les acides végétaux et minéraux, la cautérisation avec le fer rouge ; et, enfin, comme pour compléter et confirmer mon opinion, M. le docteur Debrou, chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, vient d'adresser à la Société de chirurgie un Mémoire sur la pourriture d'hôpital et sur l'efficacité de l'appareil à incubation dans le traitement de cette maladie. Le hasard seul, je crois, l'a conduit à l'emploi de ce moyen ; mais, d'après les faits nombreux rapportés par notre honorable confrère, son efficacité ne lui a jamais fait défaut.

Il résulte donc de ce travail, que la diphtérite et la pourriture d'hôpital, identiques dans leur nature, ne diffèrent entre elles que par la

gravité, et réclament le même traitement. Je voudrais donc que le mot pourriture d'hôpital fût abandonné désormais, comme étant trop vague et ne présentant à l'esprit que des idées inexactes sur la nature du mal, et que l'on distinguât trois variétés de la diphtérite des plaies : 1° la diphtérite simple, celle que j'ai décrite au commencement de ce travail ; 2° la diphtérite gangréneuse, caractérisée par l'épaisseur, la couleur grisâtre des plaques diphtéritiques, leur résolution rapide en déliquium gangréneux ; 3° enfin, la diphtérite ulcéreuse, dans laquelle un travail ulcératif coïncide avec l'exsudation de la matière diphtéritique. A. Robert.

MÉTHODE NOUVELLE DE TRAITEMENT DES POLYPES FIBREUX DU PHARYNX ET DES FOSSES NASALES.

Quelques cas de polypes fibreux du pharynx s'étant présentés depuis peu de temps dans les salles de M. Velpeau, à l'hospice de la Charité, ont porté ce chirurgien à parler d'un traitement qui nous a paru nouveau, en même temps qu'il serait applicable aux différentes espèces de polypes fibreux, non-seulement du pharynx et des narines, mais encore des autres régions du corps.

Les différentes méthodes proposées jusqu'ici pour détruire les polypes fibreux des fosses nasales et du pharynx se réduisent à la ligature, l'excision, ou l'arrachement. M. Velpeau fait remarquer que les styptiques, les topiques de toute sorte et même les caustiques ne méritent point, en pareil cas, d'être remis en usage, leur efficacité étant plus que problématique ; l'arrachement, d'un autre côté, est rarement applicable ; d'abord, parce que de tels polypes ne se laissent pas facilement détacher par leur racine qui est ordinairement très-large ; puis ensuite, parce que, renfermant fréquemment de nombreux et volumineux vaisseaux, l'opération alors expose à des hémorrhagies susceptibles de devenir graves. L'excision est plus facile sans doute ; soit dans les narines, soit dans le pharynx, il est presque toujours possible d'accrocher la tumeur avec un instrument convenable et d'en détacher la base ou les pédicules avec un bistouri disposé *ad hoc ;* cependant on ne peut disconvenir, avec ce chirurgien, que cette méthode expose plus encore à l'hémorrhagie que l'arrachement, et sous ce point de vue, l'excision peut entraîner de véritables dangers. Il est bien vrai que, par un tamponnement bien fait, aidé de solutions ou de poudres styptiques, on pourra le plus souvent parer à cet accident quand il s'agira de polypes des fosses nasales ; mais qui oserait garantir que, partant de la voûte du pharynx, l'hémorrhagie pourra

toujours être arrêtée à l'aide de tels moyens, et quel est le chirurgien assez hardi pour ne pas être effrayé à l'idée de porter le fer rouge, par exemple, à travers la bouche, dans le haut du gosier? C'est donc, en définitive, la ligature qui offrirait le plus de sécurité et le moins de danger, et, sous ce rapport, nous croyons devoir faire part à nos lecteurs de quelques modifications apportées par cet habile chirurgien à la pratique de cette opération.

Ligature modifiée. Ce qui paraît avoir le plus embarrassé les chirurgiens dans la ligature ou l'étranglement des polypes qui proéminent dans le pharynx, c'est la pose de l'anse du lien sur la racine de la tumeur. Effectivement, comme on est obligé de tirer cette ligature d'arrière en avant, ou de la bouche à travers les narines, on éprouve parfois d'assez grandes difficultés à engager le polype dans l'anse du lien qui tend à glisser soit à gauche, soit à droite, soit en avant, soit en arrière, sans envelopper la base de la tumeur. Des instruments très-ingénieux ont été imaginés pour obvier à cette difficulté; les plus remarquables, ceux qui atteignent le mieux le but, ont été inventés par M. Félix Hatin et par M. Rigaud. Mais ces instruments, qui sont d'ailleurs fort compliqués et d'un prix assez élevé, sont fort susceptibles de se détériorer, soit par l'oxydation quand ils ne servent pas, soit par leur usage même, sous l'influence de certains efforts, ou de quelques mouvements irréguliers pendant l'opération; ils ne peuvent du reste servir qu'à cet usage. M. Velpeau s'est attaché depuis longues années à substituer quelque chose de très-simple, et qu'on trouve partout, à cet appareil instrumental encore assez compliqué.

Voici le procédé que nous lui avons vu plusieurs fois mettre en pratique. Une sonde ordinaire en gomme élastique est introduite à travers les fosses nasales jusque dans le pharynx, où l'indicateur, de l'une des mains, va en saisir l'extrémité qu'il ramène alors, vers lui, à travers la bouche jusqu'au dehors; cette sonde reçoit dans l'un de ses œils l'extrémité d'un lien de fil ciré en forme de lacet. Ce lien, qui est formé de six à huit fils, constitue une anse qui va être retirée au moyen de la sonde d'avant en arrière d'abord, puis d'arrière en avant. Nulle difficulté ne se présente au début: en tirant à soi la sonde par le nez, le lien de fil s'en va par la bouche jusqu'à l'isthme du gosier; c'est alors que l'anse proprement dite du lien doit être écartée de manière à pouvoir embrasser toute la circonférence de la partie la plus volumineuse du polype. Deux ou trois doigts de la main gauche, placés dans cette anse de manière à la tenir étendue sur leur face dorsale et portés par la bouche jusque sur la partie postérieure de la tumeur, suffisent quelquefois pour permettre à l'autre main, qui s'est emparée de l'autre ex-

trémité du lien à l'extérieur, d'exercer sur lui les tractions nécessaires, et en faire glisser l'anneau de bas en haut et d'arrière en avant sur la racine du polype; toutefois, comme le talon des articulations des doigts, comme la difficulté de les maintenir avec une courbure convenable au fond de la bouche, rend quelquefois le glissement du fil difficile, M. Velpeau a imaginé de leur substituer une simple cuiller d'étain. Cette cuiller, pouvant être recourbée sur sa face antérieure à angle presque droit, on la porte ainsi disposée au-dessous du polype comme pour saisir ce dernier avec l'instrument : l'anse de la ligature glisse dès lors sur la cuiller avec une extrême facilité et gagne la racine du polype, sous l'influence de la moindre traction, sans courir le risque d'être arrêtée par aucune des irrégularités de la tumeur ou des organes voisins. L'extrémité libre de ce lien est aussitôt engagée dans l'anneau d'un serre-nœud, et le reste de l'opération n'a plus rien de particulier. Les sondes de gomme élastique, les doigts et la cuiller d'étain existant partout, et rendant l'opération à la fois plus simple et tout aussi sûre, seront certainement préférés aux appareils plus compliqués et plus savants, dont il a été question plus haut, par le plus grand nombre des praticiens.

C'est moins, au surplus, de cette petite modification dans le procédé opératoire relatif à la ligature, que d'une méthode à peu près nouvelle mise en pratique par M. Velpeau, que nous voulons parler en ce moment. Cette méthode consiste à broyer, à écraser, à déchirer les polypes fibreux des fosses nasales et du pharynx, plutôt qu'à les exciser ou à les lier. M. Velpeau dit effectivement avoir constaté que les polypes de cette espèce n'ont nul besoin d'être attaqués jusque dans leurs racines pour disparaître en entier ; d'après lui, il suffit d'en désorganiser une certaine étendue pour que le reste ne tarde pas à se mortifier. Partant de cette pensée, il a cru pouvoir s'en tenir au broiement de la partie saillante d'un gros polype allant en arrière jusqu'au pharynx. Une autre fois ce fut un polype du pharynx dont il ne déchira qu'un tiers de la masse environ, au moyen de fortes pinces à polypes recourbées. Dans ces deux cas le reste de la tumeur se gangréna, tomba en putrilage, s'affaissa et finit par disparaître totalement. M. Velpeau amène ainsi la mortification des tumeurs fibreuses, soit en les étranglant pour quelques jours seulement, soit en les saisissant, en les comprimant, en les tordant, en les déchirant en différents sens, au moyen de pinces solides à mors un peu larges et fortement dentés.

Pendant un jour ou deux, les tissus se boursouflent plus ou moins, un gonflement et quelques autres signes d'inflammation se manifestent dans les parties, puis une suppuration qui devient bientôt ichoreuse, pu-

tride, vient annoncer que la mortification s'établit dans la tumeur broyée. Peu à peu cette tumeur s'affaisse, se ramollit, se détache en se putréfiant, de manière à tomber, soit par lambeaux, soit en totalité, dans l'espace de six à douze jours.

On comprend que de cette façon la destruction des polypes fibreux soit du pharynx, soit des fosses nasales, devienne une opération facile, dépourvue de danger sérieux, et que tous les chirurgiens peuvent pratiquer. Le manuel en est à la portée de tout le monde, et sera toujours plus prompt, moins douloureux, moins fatigant que l'excision, l'arrachement, et même la ligature ordinaire. Il est inutile d'ajouter que des gargarismes ou des injections de liquides détersifs ou antiseptiques doivent être administrés par la bouche dès que la période de putréfaction commence à s'établir.

Deux des malades traités dernièrement à la Charité ont montré toute l'efficacité de ce genre d'opération : l'un d'eux, jeune homme âgé de vingt ans, était entré pour se faire débarrasser d'une énorme tumeur fibreuse qui lui remplissait le pharynx, et refoulait le voile du palais jusqu'au milieu de la bouche en avant. Cette tumeur, qui fut étranglée par la ligature au moyen du procédé que nous avons indiqué plus haut, se trouva flétrie dès le quatrième jour, époque à laquelle on put l'entraîner en tirant avec une certaine force sur le lien au travers de la narine gauche. Au bout de quatre ou cinq jours, lorsque le jeune homme pouvait être considéré comme guéri, on s'aperçut que la narine droite était remplie par une autre masse polypeuse qui s'avançait jusqu'au nez avec les caractères apparents des polypes muqueux. Cependant M. Velpeau fit remarquer, et nous devons en passant signaler cette remarque à nos lecteurs, que chez le même malade il est très-rare, quand il existe deux ou plusieurs polypes à la fois, que ces tumeurs soient de nature différente; qu'on ne trouve presque jamais, par exemple, des polypes muqueux en même temps que des polypes fibreux, et réciproquement, à tel point qu'une de ces espèces semble repousser l'autre. Aussi M. Velpeau eut-il soin de prévenir que, malgré les apparences contraires, le polype nouveau se trouverait probablement de même nature que celui qui avait été enlevé. Cette particularité l'a entraîné d'ailleurs presque malgré lui à mettre en usage le broiement dont nous venons de parler, plutôt que toute autre méthode. La tenette fut donc introduite; elle saisit bientôt la portion de polype aperçue de l'extérieur, et sur laquelle des tractions furent exercées avec plus de force que pour l'extraction des polypes muqueux. On parvint cependant à extraire un lambeau, qui démontra sans replique qu'i s'agissait bien d'une tumeur fibreuse. Le chirurgien introduisit l'instru-

ment quatre ou cinq fois pour déchirer chaque fois les bosselures ou les lambeaux de la tumeur qu'il put saisir, après quoi le malade fut renvoyé à son lit. Les jours suivants quelques phénomènes inflammatoires se montrent du côté des narines et du pharynx, un prolongement de la tumeur ne tarda pas à se présenter derrière la narine droite, derrière l'isthme du gosier. Cette tumeur, grosse comme une moitié d'œuf, parut dès l'abord d'un gris sanieux, et donna bientôt issue à un suintement ichoreux qui en annonçait la putréfaction, bien qu'accompagnée d'un certain degré d'angine qui, par le voisinage des trompes d'Eustache, provoqua pour quelques jours une légère surdité. Cette putréfaction fut promptement suivie de l'affaissement de la chute par lambeaux, et de la disparition complète de toutes les productions polypeuses qui remplissaient naguère et la narine et le pharynx, de manière que le jeune homme, qui eut besoin de se faire exciser les deux amygdales, est sorti de l'hôpital débarrassé des trois genres d'infirmités qui l'y avaient amené.

L'autre malade était également un jeune homme, âgé de dix-huit ans seulement : il avait dans la narine droite un polype fibreux qui la remplissait en entier, depuis l'intérieur jusqu'au pharynx, mais sans proéminer notablement ni d'un côté, ni de l'autre. M. Velpeau saisit et broya d'abord deux lobules antérieurs pour se créer un peu d'espace. La pince, introduite ensuite presque de vive force à travers le tissu de la tumeur fibreuse, broya ainsi pièce à pièce, lambeau par lambeau, tout ce qu'elle put rencontrer, mais sans rien extraire. Une inflammation assez vive survint; le nez se gonfla, la narine parut se distendre, et cet état se maintint durant trois jours ; à partir de là, une suppuration de plus en plus fétide et abondante s'établit : il devint visible que la tumeur se putréfiait et que la mortification en envahissait les différentes parties ; elle se détacha peu à peu et ses différents lambeaux furent expulsés par le nez au moment où le malade se mouchait, ou bien par le pharynx et rendus avec les crachats par la bouche. Une décoction d'orge miellée, de l'eau alumineuse ou vinaigrée, des solutions chlorurées, furent injectées tour à tour dans les narines, ou reniflées par le malade, ou employées en gargarismes. Huit jours après, le jeune homme était tout à fait guéri.

M. Velpeau prétend que ce mode de traitement est applicable à toutes les espèces de polypes fibreux, aussi bien à ceux de l'utérus qu'à ceux des fosses nasales, et il explique son efficacité en disant que par le broiement de la moitié ou des deux tiers de la tumeur on fait inévitablement naître dans celle-ci une sorte de gangrène. Or, dit-il, une fois la gangrène établie dans un organe ou dans un tissu, elle tend

d'autant plus à se propager jusqu'aux dernières limites de l'organe ou des tissus altérés, que la partie est plus éloignée du centre de la vie, ou plus étrangère à l'état primordial et naturel de l'individu. Le tout serait donc, pour faire tomber de pareilles tumeurs, d'y amener d'une manière quelconque une véritable gangrène; or, chacun le sait, rien n'est plus favorable au développement de la gangrène, que les écrasements, que les lacérations, que les plaies avec broiement ou déchirure des tissus; c'est, sous tous les rapports, une méthode qui mérite d'être prise en considération et de premier rang dans la pratique générale de la chirurgie. M. Velpeau fait d'ailleurs remarquer qu'il serait possible d'appeler à son aide beaucoup d'autres faits, soit de sa pratique personnelle, soit de la pratique des autres chirurgiens, en ce qui concerne les polypes de l'utérus en particulier.

QUELQUES MOTS SUR L'ANÉVRYSME CIRSOÏDE (VARICE ARTÉRIELLE DE DUPUYTREN), SON TRAITEMENT ET LES ACCIDENTS CÉRÉBRAUX CONSÉCUTIFS A LA LIGATURE DES CAROTIDES.

L'anévrysme cirsoïde, ainsi que son étymologie l'indique (κιρσός, *varice*, εἶδος, *forme*), est constitué par la dilatation variqueuse, flexueuse, d'un ou de plusieurs troncs artériels. Avant cette dénomination qui lui a été imposée par Breschet, dans son excellent Mémoire sur les anévrysmes, inséré dans le troisième volume des *Mémoires de l'Académie de médecine*, cette espèce particulière de tumeur avait déjà été séparée par Dupuytren, sous le nom de *varice artérielle*, des tumeurs fongueuses sanguines avec lesquelles les anciens chirurgiens l'avaient confondue.

Le nom de varice artérielle ne donne qu'une idée incomplète de cette lésion, car ses flexuosités sont tellement nombreuses, étendues et rapprochées les unes des autres, que, réunies par le tissu cellulaire qui les entoure, elles présentent plutôt l'aspect d'une tumeur plus ou moins volumineuse, suivant le degré de développement auquel la maladie est arrivée. Les troncs artériels qui fournissent ces flexuosités peuvent seuls, sous le rapport de l'aspect, supporter la comparaison avec les veines variqueuses.

L'anévrysme cirsoïde ne se montre que sur les vaisseaux de moyen ou de petit calibre; aussi est-ce sur les troncs artériels des membres, surtout ceux de la jambe et de l'avant-bras, et beaucoup plus souvent encore sur ceux de la tête, qui sont moins volumineux, que cette sorte de lésion a été observée. Développée sur le cuir chevelu, elle mérite de fixer particulièrement l'attention des chirurgiens, non point

seulement par sa fréquence plus grande et sa position plus superficielle, mais surtout à cause de l'état morbide particulier de la peau qui recouvre l'anévrysme ; en effet, un des points des téguments correspondant aux dernières divisions de l'artère malade, offre toujours une tumeur érectile, source constante d'hémorrhagies qui, tôt ou tard, compromettent la vie des malades.

L'étiologie de cette espèce d'anévrysme est difficile à établir. D'après l'étude de faits observés, il est évident que cette maladie tient à une disposition générale du système artériel ; en effet, quelque bien circonscrit que paraisse le point où la dilatation artérielle se présente, ainsi que le montre le cas de Catherine Micard, rapporté par Breschet (page 154 du Mémoire cité), les artères du même ordre et de toutes les autres parties du corps présentent un amincissement considérable de leurs parois. Cet amincissement, qui s'observe principalement sur la tunique moyenne ou fibreuse, est d'autant plus considérable, que le calibre du vaisseau est plus petit, au point que dans les petites artères, ce feuillet est remplacé par un tissu cellulaire analogue à celui qui existe dans les parois des veines. Cette disposition organique du système artériel semble non-seulement générale, mais encore originelle, car c'est toujours de la tumeur érectile congéniale que part le développement de l'anévrysme cirsoïde ; ce sont les ramifications les plus déliées qui se dilatent les premières et présentent les circuits les plus nombreux, les flexuosités les plus étendues ; puis viennent les branches secondaires, et enfin le tronc.

Lors de la naissance, cette tumeur érectile est constituée par une très-petite tache d'un rouge plus ou moins vif. Jusqu'à l'époque de la puberté, elle augmente peu ; cependant les téguments se tuméfient autour d'elle, et des hémorrhagies commencent à se manifester. Tantôt l'écoulement du sang est provoqué par une chute, par un coup ; mais quelquefois il a lieu spontanément par la turgescence de la tumeur que les cris, les pleurs ou l'animation du jeu ont déterminée. Si, avant l'époque de la puberté, le développement de la tumeur est peu sensible, il n'en est plus de même lorsque cette époque est arrivée. Chez les femmes surtout, dès que la menstruation est établie, la dilatation artérielle ne se borne plus aux rameaux nombreux placés au-dessous de la petite tumeur érectile qui ne participe point à cet accroissement rapide, elle se montre dans les troncs principaux. Les hémorrhagies deviennent alors plus fréquentes et plus abondantes ; au lieu de s'arrêter spontanément comme auparavant, elles ne cèdent alors qu'à une compression énergique, puis elles ne tardent pas à devenir assez graves pour compromettre la vie du malade.

L'anévrysme cirsoïde présente un aspect différent selon la région de la tête où on l'observe. Au cuir chevelu, où il est le plus fréquent, il forme une tumeur plus ou moins étendue, pulsatile, peu saillante, molle, élastique, indolente. Quelquefois on a peine à reconnaître les bosselures qui résultent de la plus grande dilatation de l'un des points des parois du vaisseau et que Breschet a désignées sous le nom d'anévrysmes vrais, sacciformes. Dans cette tumeur existe un frémissement appréciable au doigt et à l'oreille ; à son origine, partie qui reçoit les premiers circuits de l'artère dilatée, l'on sent les mouvements d'expansion et de resserrement, correspondant aux mouvements de systole et de dyastole du cœur ; à la terminaison, le bruit forme une sorte de susurrus. Vers l'oreille, où Dupuytren l'a observée, la tumeur est moins bien circonscrite et plus étendue. L'anévyrsme cirsoïde envahit quelquefois aussi l'artère ophthalmique ; nous en avons cité un cas (vol. XVII, p. 127) pour lequel M. Velpeau a pratiqué la ligature de l'une des artères carotides.

Les détails d'anatomie pathologique dans lesquels nous venons d'entrer étaient nécessaires pour justifier le traitement de l'anévrysme cirsoïde. On comprend maintenant qu'un seul des nombreux moyens proposés pour la cure de ces maladies, la ligature du tronc artériel, soit applicable à cette espèce particulière de tumeur, et que le point sur lequel on pratiquera la ligature devra être suffisamment éloigné pour prévenir le retour du sang par les collatérales.

Néanmoins la compression, au début de la maladie, peut bien être tentée, la disposition anatomique des parties s'y prête : un plan osseux, solide, offre une résistance à la compression, nécessaire pour favoriser l'oblitération du vaisseau ; le peu de sensibilité des téguments de cette région permet de maintenir l'appareil assez longtemps pour obtenir un résultat favorable lorsqu'il est possible. Plus tard, ces tentatives sont généralement inutiles ; mais si avant la ligature des artères la compression n'est pas toujours efficace, il n'en est plus de même lorsque la source principale qui alimente la tumeur est tarie, alors l'application de ce moyen s'oppose à l'afflux nouveau du sang que tend à y ramener la circulation collatérale, et facilite l'oblitération des vaisseaux. L'observation suivante démontre la justesse de ces assertions.

Obs. Francine Priquet, couturière, âgée de dix-huit ans, demeurant rue du Temple, n° 26, portait au front, en venant au monde, une petite tache rouge de la largeur d'une tête d'épingle. A l'âge d'un an, elle eut une première hémorrhagie causée par une chute ; de trois à douze ans elle en eut plusieurs autres, qui tantôt survinrent spontanément pendant le jeu, et tantôt furent provoquées par les dents du démêloir avec lequel on la peignait.

Elles étaient peu abondantes et s'arrêtaient d'elles-mêmes. Pendant ce laps de temps, la tache primitive avait augmenté de volume, et les téguments du front s'étaient tuméfiés autour d'elle. Cet accroissement avait été remarquable, surtout après chaque hémorrhagie. La menstruation s'établit à l'âge de seize ans, mais elle fut irrégulière et n'eut lieu que tous les trois ou quatre mois; dès lors la tumeur fit de très-rapides progrès, les hémorrhagies devinrent plus fréquentes et plus fortes : au lieu de s'arrêter d'elles-mêmes, comme auparavant, elles ne cédèrent qu'à une compression énergique. Souvent leur apparition coïncidait avec le retour des règles. Lorsqu'elles n'avaient pas lieu, la malade éprouvait dans la tête des douleurs et des battements que le moindre mouvement rendait intolérables. Vers l'âge de seize ans, une ulcération se manifesta à la partie supérieure de la tumeur, et devint le siége, le point de départ de toutes les hémorrhagies qui eurent lieu. Depuis, au mois de décembre 1845, à la suite d'un accident de ce genre, plus violent que tous les autres, on essaya de comprimer les artères temporales à l'aide de deux pelottes réunies par un cercle d'acier. Mais cet appareil put être supporté seulement six semaines. La malade entra alors à l'hôpital Saint-Antoine où la compression directe sur la tumeur, au moyen de plaques d'agaric, fut tentée pendant près de cinq mois; aucune amélioration ne s'étant manifestée, cette femme sortit, mais ne tarda pas à éprouver de nouvelles hémorrhagies. L'une d'elles fut si abondante que la malade se vit forcée de se faire admettre de nouveau dans un hôpital.

Entrée à l'hôpital Beaujon, le 26 mars 1846, M. Robert, dans le service duquel Priquet est placée, constate l'état suivant : la tumeur occupe la presque totalité du front; elle s'étend en bas entre les deux sourcils jusqu'à la racine du nez; en haut, elle s'arrête à la suture fronto-pariétale; à droite, dépasse la ligne médiane de deux travers de doigt, se prolonge à gauche jusque vers la fosse temporale. Cette tumeur, comme toutes celles de cette espèce, est peu saillante, mal circonscrite, légèrement bosselée; la peau qui la recouvre présente sur les points saillants une teinte bleuâtre. Elle est indolente, molle et élastique; lorsqu'on la presse légèrement avec le doigt, on y sent des mouvements d'expansion et de resserrement et un frémissement vibratoire continu dans certains points, saccadé dans d'autres et isochrones aux battements du cœur. En appliquant l'oreille à sa surface on y entend un bruit de souffle râpeux, un fort susurrus, qui se prolonge le long des temporales et des carotides. En soulevant l'agaric appliqué sur la petite ulcération du front, on provoque aussitôt la sortie d'un jet de sang vermeil, sans saccade évidente et lancé à une faible distance. Toutes les artères du cuir chevelu, et notamment les temporales, sont dilatées et tortueuses; la gauche, surtout, paraît égaler le volume d'une plume à écrire. La compression exercée alternativement sur chacune des carotides, sur la gauche principalement, diminue le volume, les battements et le mouvement vibratoire de l'anévrysme. Si l'on comprime simultanément les deux artères, les pulsations et le bruit cessent entièrement.

La santé générale était bonne, à part une pâleur très-remarquable due aux nombreuses hémorrhagies que la malade avait successivement éprouvées.

Le 15 juin 1846, M. Robert procède à la ligature de l'artère carotide gauche. L'opération présenta quelques difficultés, tenant au nombre et au volume des veines superficielles du cou et à la saillie du lobe gauche du corps thyroïde; bien que l'artère eût été isolée avec soin du nerf vague, au mo-

ment où ce chirurgien engageait sous ce vaisseau l'aiguille de Cooper armée d'un fil, la malade s'écria : « J'étouffe! vous me pressez sur la poitrines. » Sa respiration devint suspirieuse, son corps se couvrit d'une sueur abondante et sa voix devint rauque. Le nerf n'avait pas été compris dans la ligature, on s'en assura en soulevant les deux bouts de l'anse, et l'on serra le fil. Dans les premiers moments qui suivirent cette opération, la malade n'offrit rien de particulier, si ce n'est la persistance de la raucité de la voix. On était alors au fort de l'été, la chaleur excessive portait la malade à se découvrir fréquemment, et le 23 juin, huitième jour de l'opération, elle fut prise d'une pleuro-pneumonie qui envahit le côté droit de la poitrine, et céda promptement à un traitement antiphlogistique. Malgré ce grave accident, la plaie se réunit par première intention, la ligature tomba le dix-neuvième jour, en laissant un petit trajet fistuleux étroit et profond, dont la cicatrisation ne fut complète qu'au bout de sept à huit semaines, époque à laquelle la malade commença à reprendre des forces et de l'embonpoint.

Voici maintenant les changements survenus dans la tumeur pendant ce laps de temps, c'est-à-dire pendant les trois premières semaines qui suivirent l'opération. Les battements avaient disparu dans l'artère temporale gauche, la tumeur était moins volumineuse, moins tendue, et l'oreille n'y percevait plus aucun bruit de souffle. Mais cet état favorable ne fut pas de longue durée. Le mois écoulé, l'artère temporale droite sembla se dilater davantage, quelques battements reparurent dans la tumeur, des pulsations obscures se manifestèrent même dans l'artère temporale gauche. Enfin, le 25 juillet, quarantième jour après l'opération, malgré un bandage compressif permanent, il y eut une hémorrhagie assez abondante. La constitution de la tumeur formée par la dilatation simultanée des deux temporales, avai fait craindre à M. Robert ce résultat, et bien que survenu plus tôt qu'il ne l'avait pensé, il ne le découragea nullement. Cet habile chirurgien se borna à prévenir le retour des hémorrhagies par l'application exacte d'un bandage, à rétablir les forces de la malade par un bon régime, et cela pendant six mois continus. Sous l'influence de ce traitement, l'embonpoint se rétablit ainsi que la menstruation ; seulement la voix demeura rauque comme elle l'était après l'opération. Enfin la tumeur elle-même devint le siége de quelques modifications très-remarquables. Ainsi, au mois de janvier 1847, aucune hémorrhagie n'avait reparu, l'ulcération s'était cicatrisée ; les mouvements d'expansion et le bruit vibratoire, qui d'abord s'étaient manifestés presque aussi intenses qu'avant la ligature, s'étaient affaiblis d'une manière notable, et les bénéfices de l'opération, restés douteux un instant, pour quelques-uns, étaient devenus évidents pour tous, avec le temps.

Toutefois, l'état de la malade laissait encore à désirer : elle restait incommodée par les battements de l'artère temporale droite ; souvent elle éprouvait dans le côté correspondant de la tête de violentes douleurs que l'on pouvait calmer momentanément en comprimant soit la temporale, soit la carotide du même côté. Cette circonstance, jointe à ce que la cicatrice de la tumeur, mince et faible, ne pouvait laisser une entière sécurité contre le retour des hémorrhagies, engagea M. Robert à mettre à exécution son premier projet, la ligature de la seconde artère carotide, puisque la compression des deux vaisseaux exercée simultanément était nécessaire pour arriver à éteindre tout battement dans la tumeur.

Ce fut le 20 février 1847 que cette opération fut pratiquée; elle dura à peine vingt minutes, et, comme la première, ne présenta rien de bien remarquable. Seulement la suppression du cours du sang dans cette carotide détermina pendant la journée de la pâleur au visage, de la dysphagie, des envies de vomir et même quelques vomissements; ces derniers cédèrent à l'emploi de la glace et à l'administration de 30 grammes de sirop de morphine, donnés par cuillerées à café; la dysphagie persista plus longtemps. La plaie se réunit par première intention; la ligature se détacha d'elle-même le dix-huitième jour. Pendant les premiers temps la malade se plaignit d'éprouver une sensation de froid dans la tumeur, qui s'était affaissée et n'offrait plus aucun vestige de battement. Elle sentit aussi des douleurs profondes dans l'orbite droit, avec affaiblissement de la vue; des fourmillements dans les membres inférieurs; mais tous ces divers symptômes ne tardèrent pas à se dissiper, et la malade sortit de l'hôpital complètement guérie. Le 15 juillet on constate que la tumeur n'est plus apparente; mais si l'on comprime le point où elle avait son siége, on sent encore une mollesse, une résistance élastique, indiquant que les vaisseaux ne sont pas complètement oblitérés; on ne perçoit plus de bruit ni de battement, si ce n'est dans la branche antérieure de la temporale et dans la branche nasale de l'ophthalmique du côté gauche, où un faible mouvement se fait sentir. En déprimant ces restes de la tumeur, on trouve la surface du frontal profondément sillonnée d'enfoncements irréguliers, en forme de gouttières, dans lesquels sont logées les parois affaissées des artères.

Ce n'est pas seulement comme cas de maladie rare et comme heureux résultat d'une opération toujours très-grave que nous publions ce fait; mais c'est encore parce qu'il tend à relever la ligature des carotides du reproche qu'on lui a adressé dans ces derniers temps, d'amener à sa suite des accidents cérébraux assez fréquents pour devoir être rayée de la saine chirurgie. La lecture attentive des observations publiées ne nous avait cependant pas conduit à adopter une semblable manière de voir, parce que nous en avions trouvé les craintes exagérées; et, tout en nous laissant la conviction que la ligature des carotides est une opération toujours sérieuse, surtout pratiquée dans les grands hôpitaux, et pour des maladies qui ont déjà porté atteinte à la constitution du sujet, nous étions resté convaincu qu'elle n'exposait pas davantage la vie des malades, puisque les deux tiers des individus qui ont subi la ligature des carotides ont guéri, tandis qu'après la ligature de la crurale, par exemple, les revers sont trois fois plus nombreux. Nous pensons que nos lecteurs seront comme nous rassurés sur la fréquence et l'intensité des accidents cérébraux, lorsque entreprise dans les seules circonstances qui la rendent indispensable, la grave opération dont nous venons de rapporter un exemple remarquable, sera pratiquée avec la prudence et l'habileté du chirurgien dans le service duquel ce fait a été recueilli. D.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOUVELLES FORMULES DE LIMONADE AU CITRATE DE MAGNÉSIE.

Le citrate de magnésie, nouveau purgatif sur lequel M. Rogé vient tout récemment d'appeler l'attention, a déjà été expérimenté et adopté par la plupart des praticiens. Ce résultat n'a rien de surprenant, si l'on considère que le nouveau sel résout complétement le problème depuis si longtemps posé, à savoir, la découverte d'un purgatif à la fois la fois efficace et agréable.

Dans le dernier numéro du *Bulletin*, nous avons donné la substance du travail de M. Rogé. Aujourd'hui nous allons faire connaître les modifications apportées dans la préparation du nouveau purgatif et les données nouvelles de l'expérience clinique.

Les différentes formules publiées depuis celle de l'inventeur ont été établies dans le but de rendre plus pratique la préparation de la limonade purgative. Nous ferons connaître les suivantes :

Limonade magnésienne (Mialhe).

Pr. magnésie calcinée.	8 grammes.
Acide citrique.	26 grammes.
Eau.	300 grammes.
Sirop de limons.	70 grammes.

On opère la dissolution de la magnésie dans l'acide citrique à l'aide de la chaleur ; on filtre le liquide bouillant, et on le reçoit dans une bouteille dans laquelle on a préalablement mis le sirop.

Ces doses représentent 45 grammes de citrate de magnésie cristallisé.

Cette formule, facile à exécuter, présente néanmoins quelques défauts. Elle prescrit de la magnésie calcinée, produit cher, et sujet à être en partie carbonaté ou hydraté, circonstances qui entraînent l'inexactitude des proportions indiquées ; ensuite, comme le fait remarquer M. Duclou, la magnésie, par suite de la décomposition, pendant la calcination, de corps organiques et d'un peu de sulfate contenu dans le carbonate, la magnésie calcinée, disons-nous, contient fréquemment du sulfure de magnésium qui donne lieu à un dégagement d'acide sulfhydrique au contact de l'acide citrique. Enfin, cette formule donne une liquide non gazeux, et nous verrons tout à l'heure que la gazéifi-

cation du soluté citro-magnésien n'a pas seulement pour objet de le rendre plus agréable.

Limonade ou citrate de magnésie (Garot).

Hydrocarbonate de magnésie......	15 grammes.
Acide citrique..................	21 à 22 grammes.
Sirop aromatisé au citron.........	60 grammes.
Eau, bouteille anglaise, ou........	750 grammes.

On opère la dissolution dans une terrine ; on filtre, et l'on reçoit le liquide dans la bouteille où se trouve déjà le sirop. Si l'on veut rendre la limonade gazeuse, on ne fait agir que la moitié de l'acide dissous sur le carbonate, on met le liquide trouble dans la bouteille, on y ajoute alors l'autre moitié du soluté acide, et l'on bouche fortement.

Cette formule donne une limonade qui contient environ 40 grammes de citrate cristallisé.

L'emploi du carbonate de magnésie proposé par M. Garot est préférable à celui de la magnésie calcinée, à différents titres. Ainsi son prix est moins élevé; sa composition chimique est plus constante; il n'est pas sujet à contenir du sulfure de magnésium ; il est plus facilement attaqué par l'acide citrique. Aussi les pharmaciens lui donnent-ils en général la préférence. Nous n'avons donc qu'une objection à faire à la formule de M. Garot, c'est que le mode opératoire pour la limonade gazeuse ne permet pas la filtration complète du liquide, et le carbonate contenant quelquefois de faibles proportions d'impuretés, il s'ensuit que dans ce cas le liquide n'est pas parfaitement limpide.

Pour obvier à cet inconvénient, nous proposons la formule suivante, qui nous semble réunir toutes les conditions désirables.

Limonade purgative citro-magnésienne.

	à 40 grammes.	à 50 grammes.
Pr. Carbonate de magnésie. . . .	15	18 grammes.
Acide citrique.	23	28 grammes.
Eau.	350	350 grammes.

Faites réagir à froid, ou mieux à chaud, dans un vase en verre ou en porcelaine ; quand la réaction, qui se fait promptement, sera effectuée, filtrez, mettez dans un flacon et ajoutez :

Sirop de limons.	100 grammes.
Bicarbonate de soude.	4 grammes.

Bouchez fortement.

On peut remplacer le sirop de limons par ceux de groseilles, de cerises, de framboises, etc., ces proportions donnent environ 500 gram-

mes ou 3 verrées, ou encore 25 cuillerées médicinales de liquide. Il s'en suit que chaque cuillerée de la limonade à 40 grammes contient 1 gramme 6 décigrammes, et celle à 50 grammes, 2 grammes de citrate magnésique supposé cristallisé.

Cette limonade est incolore, limpide; sa saveur, qui est celle de la limonade d'agrément ordinaire, n'y fait nullement soupçonner la présence d'un sel magnésien qui s'y trouve cependant en si grande proportion.

Nous avons donné à notre soluté le nom de *limonade purgative citro-magnésienne*, parce qu'il exprime bien et sa composition et son emploi. Les deux degrés de force que nous indiquons, et qui sont, du reste, ceux adoptés par l'inventeur, nous paraissent devoir être le plus généralement employés. La limonade à 40 grammes représente pour l'effet thérapeutique l'eau de Sedlitz à 30 grammes; car bien que le citrate représente sous le même poids une quantité sensiblement égale de magnésie que le sulfate, il a une action moins énergique que ce dernier, ainsi que l'a reconnu la Commission de l'Académie. Il est bien entendu que les praticiens pourront prescrire la limonade à tel degré de force qu'il leur conviendra.

Nous avons indiqué une proportion d'eau moindre que l'inventeur, en d'autres termes, nous avons cherché à obtenir un liquide plus concentré, cela pour plusieurs raisons. C'est, d'abord, et bien que le médicament soit de saveur agréable, que quelques personnes ingèrent difficilement une grande quantité de liquide; c'est ensuite que l'effet purgatif est plus assuré. A cette occasion, nous ferons remarquer que, pour ces deux raisons, l'eau de Sedlitz devrait subir la même réforme.

La limonade citro-magnésienne avec excès d'acide, comme la donnent toutes les formules ci-dessus, usitée dans les cas ordinaires comme plus agréable, ne doit pas l'être, à notre avis, dans certaines maladies, celles dans lesquelles existe déjà un état d'acidité marquée, la goutte, la gravelle, par exemple; comme elle ne doit pas l'être non plus chez les personnes que la moindre acidité agace. Dans ces cas, les praticiens devront donc prescrire la limonade citro-magnésienne neutre, qu'il sera facile d'obtenir en diminuant la proportion d'acide citrique. Nous avons donné la préférence à la limonade gazeuse sur celle qui ne l'est pas, parce qu'elle est d'une meilleure conservation. Nous disons seulement meilleure, car, par quelque procédé qu'on la prépare, et qu'elle soit gazeuse ou non, la limonade citro-magnésienne s'altère au bout de quelque temps, laisse d'abord déposer, puis se putréfie. Aussi doit-on n'en préparer que peu de flacons à la fois, afin de la délivrer toujours en parfait état.

Sans vouloir faire admettre qu'elle remplace tous les autres purgatifs, la limonade citro-magnésienne est une bonne acquisition pour la pratique médicale. Sa saveur agréable permet de l'administrer aux personnes dont la répugnance pour les purgatifs est la plus grande. Elle ne paraît pas exiger de précautions préalables; elle produit à peine la soif et les coliques les plus légères; elle n'occasionne pas surtout cette sorte d'état fébrile si désagréable que produisent la plupart des autres purgatifs. Son premier effet se fait généralement plus longtemps attendre que celui de l'eau de Sedlitz; ensuite les selles ne sont pas aussi précipitées les unes sur les autres qu'avec cette dernière; mais elles durent souvent toute la journée. DORVAULT.

REMARQUES SUR LE SIROP DE PAVOTS BLANCS.

Le *Codex* prescrit, pour la préparation du sirop de pavots blancs, l'extrait alcoolique de pavots, que l'on fait dissoudre dans Q. S. d'eau distillée et que l'on ajoute à du sirop de sucre convenablement réduit.

M. Molyn, dans une note soumise à la Société de pharmacie, propose, comme plus économique, l'emploi de l'extrait aqueux de pavots repris par l'alcool, afin d'en éliminer la matière mucilagineuse et les sels, puis amené en consistance convenable pour être mêlé au sirop simple.

Ce procédé est assurément plus économique que celui du Codex, puisqu'il évite la perte de grande quantité d'alcool; mais il lui est bien inférieur pour la qualité du produit. Les expériences chimiques de M. Dublanc ont démontré que l'extrait aqueux de pavots est beaucoup moins riche en morphine que l'extrait alcoolique; d'autre part, les expériences cliniques de M. Andral ont démontré que celui-ci était beaucoup plus actif que celui-là.

En terminant, nous ferons remarquer, avec M. Gobley, un fait qui mérite quelque attention de la part des médecins et des pharmaciens qui confondent le *sirop diacode*, qui n'est autre chose que le sirop de pavots blancs, avec le sirop d'opium, préparation beaucoup plus énergique. Le sirop diacode est un médicament aujourd'hui des plus employés, surtout dans la médecine des enfants; il importe qu'il ne soit pas confondu avec le sirop d'opium.

DORVAULT.

OBSERVATIONS SUR LE QUINQUINA SOUMIS A LA FERMENTATION.

La chimie organique présente à l'observateur une source féconde, où il peut à chaque instant noter un phénomène inattendu. Ainsi il ar-

rive souvent, comme l'a dit quelque part un chimiste, M. Pelletier, qu'une substance bien connue, soumise à des agents nouveaux, donne naissance à des corps inconnus, ou à des combinaisons nouvelles.

Une fois déjà, j'ai constaté que le résidu insoluble de l'opium épuisé par l'eau froide pouvait, étant traité par la fermentation, donner un extrait soluble dans ce véhicule. (*Bulletin de Thérapeutique*, années 1842 et 1845.)

J'ai voulu savoir aussi si le quinquina, mis en contact avec cet agent, éprouverait dans sa composition chimique des modifications dignes d'être notées; et j'ai vu que cette écorce, placée dans des conditions convenables pour fermenter, abandonne à l'eau une plus grande quantité de principes solubles que lorsqu'elle est traitée par macération ou décoction.

J'ai préparé d'après ce nouveau mode, et en suivant les doses prescrites par le Codex, un extrait et un sirop que je soumets à l'appréciation de mes confrères. L'extrait obtenu est moins brun que celui du Codex, il n'est pas complétement soluble dans l'eau ; ses solutions rougissent le papier de tournesol. Le sirop est jaune ambré, transparent, ne se trouble pas avec le temps ; son odeur est légèrement acétique; sa saveur amère n'a aucune analogie avec la saveur du quinquina; préparé par macération, il ressemble plutôt au sirop de sulfate de quinine. Voici la manière de procéder :

Quinquina jaune en poudre fine. . .	500 grammes.
Sucre blanc.	80 grammes.
Eau distillée.	1 kilo. 600 grammes.

On laisse macérer la poudre assez de temps pour qu'elle soit totalement imprégnée de liquide, puis on ajoute :

Levûre de bière.	20 grammes.

On porte ce mélange dans une étuve chauffée à 30 degrés, on l'y laisse jusqu'à ce que la fermentation soit terminée ; alors on verse cette préparation dans un appareil à déplacement ou dans un entonnoir, de manière à faire égoutter le liquide et à laver le marc avec de l'eau distillée, jusqu'à ce que celle-ci sorte insipide.

Dans cet état, la colature qu'on obtient est transparente, jaune safranée, d'une odeur vineuse acétique, d'une saveur amère; elle rougit le papier de tournesol, se colore fortement par le sulfate de fer, et précipite abondamment par l'ammoniaque. Si l'on place cette colature dans la lumière diffuse et qu'elle reçoive un rayon solaire, elle y prend une très-belle couleur bleue opaline ; selon M. Guibourt, cette couleur est particulière aux solutions de sulfate de quinine basique ; MM. Sou-

beiran et Henry disent aussi que certains acides très-dilués présentent la même coloration.

Je pense que, dans la circonstance, il s'est formé, pendant la fermentation, de l'alcool aux dépens du sucre; que cet alcool a absorbé de l'oxygène de l'air qui l'a transformé en acide acétique; que cet acide, se trouvant en contact direct avec l'alcali du quinquina, s'y est combiné et l'a converti en acétate soluble.

1° Les préparations de quinquina obtenues par fermentation jouissent-elles des propriétés voulues pour être employées dans la thérapeutique médicale?

2° Ces préparations peuvent-elles remplacer celles qui sont préparées selon le Codex?

3° Peut-on, par des fermentations réitérées, priver complétement cette écorce de ses principes solubles?

4° La fermentation peut-elle être employée avec avantage et économie dans l'extraction en grand de la quinine?

5° La quinine et les autres principes médicamenteux du quinquina peuvent-ils être altérés par la fermentation?

Telles sont les questions que je me propose de résoudre; si le résultat de mes recherches est avantageux pour la science, je m'empresserai de le faire connaître. STANISLAS MARTIN, pharmacien.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM COMBINÉ ET DE L'EAU DE GOUDRON CONTRE LA SYPHILIS INVÉTÉRÉE.

Lorsqu'un médicament est en vogue, que cette vogue se propage par des faits merveilleux et incontestables, chaque médecin doit à la science et à ses confrères le fruit de ses observations relatives à ce médicament. Nous voyons l'emploi de l'iodure de potassium, né pour ainsi dire à l'hôpital du Midi entre les mains de M. Ricord, adopté par M. Gauthier, à l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, préconisé à juste titre par une foule de praticiens recommandables, triompher comme par enchantement de toutes les affections secondaires, tertiaires, rebelles au traitement mercuriel. La plus utile conquête que la thérapeutique ait faite depuis quelques années est, sans contredit, celle de l'emploi de ce précieux remède.

Je suis surpris moi-même des succès que je dois à son usage, et ne puis résister au désir de vous transmettre quelques-unes des principales observations que j'ai recueillies dans ma pratique.

J'administre l'iodure de potassium à la dose de 25 centigrammes par jour en dissolution dans 30 grammes d'eau de goudron, ou égale quantité de décoction de bourgeons de sapin du Nord, sucrée avec le sirop de gomme ou de capillaire, que je fais prendre par cuillerées dans le courant de la journée. Quelques personnes ont de la peine à supporter l'odeur et le goût du goudron ; mais, cette première résistance une fois vaincue, on s'y habitue aisément. On se borne à en suspendre l'emploi seulement pendant quelques jours si le malade éprouve au début des malaises tels que vomissement ou diarrhée, ce qui, au reste, ne doit inspirer aucune crainte. Au quinzième jour, je porte la dose de ce sel à 50 centigr. ; à la fin du mois, à 75 centigr. ; et, enfin, à un mois et demi j'arrive à 1 gramme par jour, qui est mon *nec plus ultra*, continuant ainsi jusqu'à complète guérison, désapprouvant ces hautes doses périodiquement croissantes, qui ne sont pas sans danger. Je crois l'association que je fais de l'eau de goudron à l'iodure avantageuse. C'est à cette combinaison que je dois, je pense, de n'avoir jamais observé le ptyalisme ou salivation iodique, phénomène que M. Ricord regarde comme très-fréquent ; j'ai même vu toutes les salivations mercurielles déjà existantes, ainsi que certaines affections cutanées, des irritations du larynx et des bronches, disparaître en très-peu de temps. Rapportons quelques observations :

Obs. I. M. ***, artiste, âgé de trente-sept ans, affecté depuis quatre ans d'une gonorrhée d'abord négligée, attaquée ensuite par les préparations hydrargiriques, avait vu peu à peu s'évanouir sa brillante santé, et avec elle l'impossibilité de continuer son travail. En effet, le dépérissement général, l'engourdissement et la pesanteur des membres lui laissaient à peine la force de se tenir droit, et il éprouvait au lit une lassitude extrême, des douleurs ostéocopes, comme s'il eût fait les exercices les plus violents. Pendant son sommeil, court et pénible, une sueur froide, qui l'affaiblissait de plus en plus, ruisselait sur son corps couvert de dartres et de pétéchies. L'appétit était nul, la digestion laborieuse. Son tempérament, jadis sanguin, était devenu lymphatique, nerveux. La barbe, les poils, les cheveux étaient tombés, l'alopécie était complète. La bouche, depuis longtemps le siége d'une salivation abondante, offrait plusieurs ulcères vénériens. Tel était l'état du malade quand il s'offrit à nous.

En présence de pareils ravages physiques, engendrés par une vérole constitutionnelle, nous n'aurions pas même osé entreprendre le traitement, si nous n'avions pas été, pour ainsi dire, sûr, par d'autres exemples, de la puissance de cet agent thérapeutique dans ce troisième âge de la syphilis. M. *** n'avait pris encore que 80 grammes du sel iodique, d'après notre méthode, et déjà un bien-être général et inattendu s'était manifesté dans tout l'organisme. L'appétit, le sommeil, la

digestion avaient repris leur empire. La promenade se faisait sans fatigue et même avec plaisir. La bouche n'était ni puante, ni douloureuse; la cicatrisation des ulcères s'opérait parfaitement. Tout promettait une guérison prochaine, quand des affaires de famille ayant rappelé chez lui ce jeune homme, il se vit forcé, à son grand regret, de suspendre un traitement qui nous donnait de si belles espérances.

Obs. II. Passons à des faits plus concluants. Un garçon boulanger, âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin, fut atteint en 1843, après un coït impur, d'une blennorhagie, accompagnée de chancres sur le gland. Trop tôt répercutée, l'infection tomba dans les bourses, et il en résulta un testicule vénérien, qu'on traita par les antiphlogistiques et les mercuriaux. En 1845, pendant son séjour à Lyon, et sans s'être exposé de nouveau, dit-il, à contracter la syphilis, les chancres reparurent accompagnés de douleurs aux plis de l'aine et dépididymite. La maladie l'ayant forcé de suspendre son travail, il revint chez lui se faire traiter. Sur la fin de 1846, lorsque nous fûmes appelé pour lui donner nos soins, deux énormes bubons le retenaient au lit. Il y avait des ulcères à la bouche, des végétations sur la verge, des rhagades au rectum. Nous opposâmes d'emblée l'iodure, et en moins de deux mois d'un traitement, souvent interrompu, la guérison a été parfaite.

Obs. III. Une couturière, âgée de trente-huit ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, ayant eu maintes fois la gale, sujette depuis plusieurs années à des dartres sur la figure, et à des fleurs blanches dont elle ne déguise pas l'origine, vint nous consulter, le 3 juillet 1846, pour un mal de gorge qu'elle attribue à une angine chronique. Aux mucosités âcres et visqueuses qui découlaient de sa bouche, aux plaies rouges, dures, profondes et perpendiculairement coupées, dont les tonsilles sont le siége, et à l'existence d'un ulcère du pharynx caché derrière les piliers, nous reconnûmes un vice vénérien. Pourtant nous nous bornâmes, du 3 au 19 juillet, aux gargarismes alumineux. Nous insistâmes aussi sur les cautérisations avec le nitrate d'argent. A la fin de septembre, les ulcérations paraissant cicatrisées, nous cessâmes de voir la malade. Mais rappelé à la fin d'octobre, le mal s'étant éveillé avec une nouvelle intensité, nous administrâmes alors l'iodure de potassium. A la Noël il ne restait plus aucun vestige de cette affection invétérée.

Plusieurs cas, à peu près semblables, se sont présentés à notre observation. Les malades étaient affectés d'ulcérations syphilitiques au gosier depuis plusieurs années, contre lesquelles on avait employé tour à tour le calomel et le muriate d'or en frictions sur la langue sans succès. Soumis à l'usage de l'iodure de potassium mêlé au goudron de Norvège, ils ont guéri en très-peu de temps.

Obs. IV. Une domestique d'hôtel, âgée de quarante-six ans, d'un tempérament lymphatique, présentait tous les symptômes d'une infection générale. L'isthme guttural, le voile du palais, le pharynx étaient rouges, tuméfiés, grisâtres, sillonnés d'ulcérations taillées à pic et à odeur enivreuse. Les amygdales et la luette, déjà entraînées par une fonte purulente, n'exi-

staient plus. Les os palatins étaient en partie cariés. La malade ne pouvait avaler aucun aliment solide; les liquides eux-mêmes étaient rejetés par les fosses nasales. Les dents vacillaient dans leurs alvéoles. Une salivation fatigante, témoignage d'un traitement mercuriel porté à l'excès, s'échappait involontairement de sa bouche. Une figure pâle et terreuse, des yeux caves et sans expression, la gêne, et souvent même la suspension de la circulation, des douleurs ostéocopes, des céphalées nocturnes avec défaillance, dyspnée, aphonie, tel était le tableau de cette infortunée.

Bien convaincu de la nature du mal, d'ailleurs suffisamment caractérisé par un écoulement puriforme et douloureux du vagin, nous prescrivîmes dès le même jour l'iodure dissous dans l'eau de goudron à la dose que nous avons indiquée en commençant cet article. Après quinze jours de ce traitement (nous en sommes encore nous-même dans l'étonnement), la voix était revenue, le ptyalisme avait disparu, l'appétit et les forces s'étaient relevés et les chancres cicatrisés. Pour opérer une telle métamorphose, il avait suffi de 75 grammes d'iodure.

Cependant, vers le mois de novembre, une fluxion ayant déterminé une bronchite avec aphonie et enrouement, quelques légères ulcérations d'un gris sale, parsemées de taches rouges et frangées, reparurent au pharynx. Nous mîmes de nouveau à contribution le médicament, qui triompha complétement de l'affection.

Obs. V. Madame ***, douée de toutes les apparences d'une bonne constitution, environnée de tout le confortable que procure l'aisance, perdait néanmoins chaque jour de sa fraîcheur et de sa gaîeté sans en connaître la cause. Interrogée avec toute la décence et les égards que mérite son sexe, elle nous avoua que quelques mois avant son mariage elle avait été atteinte d'un écoulement, dit flueurs blanches, mais que peu à peu s'était manifesté un sentiment général de lassitude, un prurit des parties génitales, avec douleur et difficulté d'uriner. La malade, ayant refusé d'éclairer nos doutes par des preuves physiques, ne reçut aucune ordonnance. Trois mois après elle reparaissait dans notre cabinet, amaigrie, méconnaissable, bien décidée cette fois à cette exploration pénible, mais indispensable à toute femme qui, désirant guérir d'une affection douteuse, met de côté cette honte tardive, dont plusieurs sont victimes... Le spéculum utéri nous dévoila entièrement l'existence d'une maladie syphilitique... Cette dame avait une telle horreur de ce mal, que l'idée seule d'en être atteinte lui inspirait une profonde mélancolie, et la jetait dans des convulsions épileptiformes, avec des paroxysmes semblables à ceux des fièvres intermittentes. Quand elle ressentait les prodromes de ces attaques nerveuses, l'existence lui devenait à charge.

Cette exaspération nous paraissant être le résultat du vice syphilitique qui, véritable Protée, se reproduit sous toutes les formes et présente les symptômes les plus bizarres, nous proposâmes notre traitement, qui fut agréé et ne fut suspendu que pendant le cours de la période

menstruelle ; et, en moins de deux mois, Mme *** avait repris, outre ses forces et sa fraîcheur, son enjouement et son embonpoint primitifs.

Mais toutes nos médications n'ont pas été couronnées d'un égal succès, et nous avons été maintes fois impuissant à arrêter certains flux leucorréiques de nature suspecte. Une jeune Espagnole est dans ce cas. Trois mois de traitement ont fait évanouir des chancres consécutifs de la vulve et même du col de la matrice ; mais l'écoulement a persisté, avec changement de couleur et de consistance seulement. Deux autres femmes ont présenté le même phénomène. Un jeune ouvrier en soie, couvert de périostoses syphilitiques d'un très-gros volume, n'a pu être débarrassé. Il est vrai de dire qu'il a renoncé trop tôt à notre méthode. Ce malade éprouvait, en outre, des douleurs térébrantes provoquées par plusieurs nodus sous-aponévrotiques. Sur les membres s'étaient ouverts de ces abcès froids ou dépôts indolents désignés par les nosologistes sous le nom de *taupes*, *exostoses molles*, *tumeurs gommeuses*. Quand même ce malheureux eût pu continuer l'usage de l'iodure de potassium suivant nos désirs, il est douteux qu'il eût pu se débarrasser de sa vérole enracinée ; alors cette cure eût été une preuve de plus qu'il existe des médicaments héroïques, et qu'il ne faut jamais désespérer en médecine.

A. Michel, D. M.
à Avignon.

BEC-DE-LIÈVRE CONGÉNITAL. OPÉRATION PRATIQUÉE AU SEPTIÈME JOUR APRÈS LA NAISSANCE. GUÉRISON.

Le 28 mars dernier, la femme Blanquet m'apporta un enfant, au septième jour de sa naissance, présentant l'état suivant : à la lèvre supérieure et un peu à gauche de la ligne médiane, existe une division qui s'étend jusqu'à la narine correspondante, et dont les bords arrondis, recouverts d'une membrane épaisse et rosée, sont considérablement écartés dans toute leur longueur. Le nez est remarquable par sa difformité. L'enfant ne peut prendre le sein que du côté de la bouche opposé à la division. Il est, du reste, très-bien portant. Le même jour, je procède à l'opération de la manière suivante : à l'aide de ciseaux petits et légèrement courbés, je rafraîchis les bords de la division que je réunis immédiatement à l'aide de deux épingles et de la suture entortillée.

Le petit malade n'a perdu qu'une petite quantité de sang. Il était curieux de voir combien il se hâtait de chasser de sa bouche celui qui avait pu y pénétrer. L'enfant n'a pas cessé de prendre le sein, et n'a éprouvé aucune espèce d'accident. Quoique j'eusse bien recommandé

qu'on me le rapportât le troisième jour, je n'ai pu retirer les épingles que le quatrième jour, où il m'a été de nouveau présenté. La réunion était parfaite.

Voilà encore un fait en faveur de l'opinion qui veut que l'opération du bec-de-lièvre soit pratiquée peu de temps après la naissance.

L. SEGUIN, D. M.
à Albi.

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveaux Éléments d'hygiène, par CHARLES LONDE, *membre de l'Académie royale de médecine*, etc. Troisième édition, 2 vol. in-8°, Paris, 1847; chez J.-B. Baillière.

Il y a deux éléments de succès pour un livre classique, sa valeur réelle et son opportunité. L'opportunité d'un livre peut n'être que passagère, elle n'a souvent sa source que dans les idées et les besoins scientifiques d'une époque, et le temps, qui emporte ces idées et qui modifie ces besoins, entraîne quelquefois aussi l'œuvre qui n'avait point d'autre appui. Mais il n'en est pas de même du livre qui se recommande par une valeur réelle et indépendante de l'esprit et des idées du temps qui l'a vu naître. La vogue fait place au véritable succès, au succès durable qu'assure le vrai mérite. C'est ce qui a lieu pour les *Nouveaux Éléments d'hygiène* de M. Londe. On sait sous l'empire de quelles idées et sous quelle domination systématique parut la première édition. L'auteur, par un sentiment de modestie qu'on est toujours disposé à excuser d'ailleurs, crut devoir attribuer à la concordance des doctrines et du ton qui régnaient dans son ouvrage avec les idées alors en faveur, le succès de cette première édition. Pour nous, qui ne saurions avoir le même motif de rechercher, en dehors de lui-même et des qualités inhérentes à son livre, la raison de la faveur que lui a accordée le public médical, nous la trouvons beaucoup plus naturellement dans les recherches consciencieuses qui forment le fond de ce travail, dans le talent et la méthode avec lesquels y sont exposés et traités les innombrables sujets de l'hygiène, et surtout dans le soin qu'a eu l'auteur, à chaque édition nouvelle, de mettre son œuvre au courant des progrès que réalisent incessamment la physiologie et les sciences physiques et chimiques avec lesquelles l'hygiène a de si fréquents rapports. Si l'hygiène est une science en quelque sorte immuable comme la morale dans ses principes généraux et dans les faits fondamentaux qui en font la base, il s'en faut qu'il en soit ainsi pour une foule de faits de détail, d'applications spé-

ciales, de rapports avec des professions ou des industries qui réalisent presque chaque jour des conditions nouvelles d'hygiène privée ou publique, et pour lesquelles il faut incessamment faire de nouveaux appels aux ressources fécondes de la physique ou de la chimie. C'est pour obéir à ce besoin de maintenir l'hygiène au niveau des acquisitions qu'ont faites les sciences dans le cours des huit dernières années écoulées, que M. Londe publie cette nouvelle édition. Aussi y trouvera-t-on une foule de questions neuves, de points indécis, éclairés par les travaux physiologiques modernes, d'applications à l'hygiène publique ou professionnelle, d'inventions ou de procédés empruntés aux progrès des sciences physiques. C'est ainsi qu'on trouvera la partie de l'hygiène relative à l'appareil locomoteur enrichie du résultat des travaux physiologiques de Muller et de Weber, les belles expériences de M. Blondot, les observations curieuses de M. Chossat, les expériences physiologiques de MM. Bernard et Barckwil ; les recherches chimiques de MM. Mialhe, Bouchardat et Sandras sur la digestion et sur les principes immédiats des substances alimentaires, ont, comme on le pense bien, été mises à contribution pour compléter le chapitre relatif à l'hygiène des organes digestifs ; nous en dirons autant des beaux travaux de MM. Dumas et Boussingault sur la respiration. Parmi les innovations industrielles qui ont dû influer sur l'hygiène professionnelle, M. Londe n'a eu garde d'omettre la dorure par le galvanisme, la fabrication des allumettes chimiques, les nouveaux procédés de vidange et de désinfection des matières fécales. Enfin, la question du régime pénitentiaire, à laquelle se rattachent à la fois des intérêts si graves d'humanité et de sécurité publique, la question plus importante encore de la réforme sanitaire, ont trouvé naturellement leur place dans cette nouvelle édition et y ont été traitées avec cette justesse d'esprit et cette indépendance d'opinion si bien connues de tous nos lecteurs.

On se rappelle comment M. Londe définit l'hygiène dans sa première édition. L'hygiène, pour lui, n'est plus seulement, comme pour la plupart de ses prédécesseurs, une science qui a pour but la conservation de la santé ; elle a, pour M. Londe, un rôle plus actif que celui qui lui est généralement assigné ; c'est, pour lui, l'art de diriger les organes dans l'exercice de leurs fonctions. Ainsi envisagée, elle ne borne pas ses avantages à éloigner les maladies, elle a aussi pour objet de perfectionner l'homme. En maintenant cette définition et en conservant à l'hygiène l'objet des attributions qu'il lui avait précédemment assigné, M. Londe ne pouvait naturellement rien changer au plan général, à l'ordre et la disposition de son livre, qui, comme on le sait, reposent sur l'ordre physiologique des fonctions. Supposant connues

les branches de la médecine qui fournissent des matériaux a l'hygiène et celles qui traitent de l'étude de l'homme, l'auteur passe en revue, dans un ordre physiologique, tous les appareils, tous les organes, toutes les fonctions, pour déduire immédiatement, à l'occasion de chacun d'eux, les règles hygiéniques qui les concernent, suivant les âges, les sexes, les tempéraments, les climats, les saisons, l'isolement ou la réunion des individus, etc. Conformément à ce plan, l'ouvrage est divisé en deux parties, la première comprenant la vie de relation, renfermant quatre sections qui ont pour objet la direction des cinq sens, celle des facultés intellectuelles et morales, celle des mouvements musculaires volontaires; la seconde, comprenant la vie de nutrition ou végétative, traite de la direction des fonctions d'assimilation et de réparation. Ainsi subsistent les éloges et les critiques qui ont été adressés à ce plan et à cette ordonnance du livre, comme subsistent les avantages et les inconvénients qui y sont inscrits. Nous disons les avantages et les inconvénients, car on ne saurait méconnaître qu'il n'y ait part à faire aux uns et aux autres, dans cette manière de procéder qui scinde, qui morcelle, subdivise, au détriment de l'unité organique, les éléments physiologiques auxquels s'adressent les agents de l'hygiène; mais qui a aussi, par contre, l'avantage de mieux spécifier le mode d'influence que chacun de ces agents exerce sur les divers appareils organiques, et d'appliquer avec plus de précision à chacun de ces appareils, les moyens d'éducation hygiénique qu'ils réclament.

Pour faciliter d'ailleurs les recherches auxquelles cet ordre physiologique pourrait être favorable, l'auteur a fait précéder cette nouvelle édition d'une table analytique des matières dont l'utilité ressort au premier aperçu.

Le succès de cette nouvelle édition est trop bien garanti déjà par le succès des éditions précédentes, pour que nous puissions nous flatter que notre suffrage y puisse en rien contribuer. Il n'en est pas moins acquis de plein droit à l'auteur.

Traité pratique et historique de la Lithotritie, par le docteur Civiale, *membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.*

La lithotritie est sans contredit un des faits les plus remarquables de la chirurgie moderne. Dès qu'elle apparut, les médecins et les malades s'en préoccupèrent également, les uns avec le vif intérêt qu'inspire toujours la nouveauté, les autres avec l'espèce d'anxiété que fait naître tout ce qui, chez l'homme, remue l'instinct de sa propre conservation. Vingt années ont suffi pour la propager, non-seulement dans tous les coins de

l'Europe, mais encore dans les contrées les plus éloignées du globe. Cependant, si cet art, comme découverte utile, est connu même du public habitué jusqu'ici à demeurer étranger aux péripéties chirurgicales, on ne doit pas craindre d'affirmer que, comme méthode opératoire, il est encore mal compris de la plupart des praticiens, sans excepter ceux à qui les fonctions publiques dont la société les a investis donnent mission de l'appliquer et de l'enseigner officiellement.

Au milieu d'un si singulier état de choses, M. Civiale ne pouvait demeurer spectateur impassible. C'était pour lui un devoir de combattre des erreurs dont pouvaient souffrir les destinées d'un art important, auquel l'Institut a solennellement attaché son nom; d'un art auquel nulle prétention rivale ne saurait au moins lui contester d'avoir donné une existence réelle, en l'appliquant le premier sur l'homme vivant, en traçant aussi le premier les préceptes qui lui ont fait prendre place parmi les opérations les plus méthodiques et les mieux réglées de la chirurgie.

Ce devoir, M. Civiale l'a complétement rempli dans l'ouvrage qu'il vient de mettre au jour, et qui, bien qu'en apparence une seconde édition de celui qu'il avait déjà publié en 1827, est, en réalité, un travail tout neuf, enrichi des nombreuses remarques que ne pouvait manquer de suggérer à son esprit observateur l'étude assidue d'une série de malades réunissant, par le seul fait de leur nmb re, la plupart des particularités qui rendent si intéressante l'histoire des calculs urinaires et des organes dans lesquels ces corps étrangers se produisent et se développent.

Nous chercherions en vain à donner une idée sommaire de cet ouvrage. Il est trop substantiel, trop plein de faits, de détails, de judicieuses réflexions, pour se prêter à l'aride concision d'une analyse. Des deux parties qui le composent, la première, entièrement technique, n'est à proprement parler qu'un exposé clair et lumineux de la pratique de l'auteur. On est émerveillé de la prudence qu'il met dans sa manière d'opérer, et des précautions, en apparence minutieuses, mais pourtant toutes importantes, qu'il recommande pour les temps même les plus simples de la lithotritie. Aussi comprend-on bien vite pourquoi les résultats qu'il obtient diffèrent tant de ceux auxquels sont arrivés d'autres chirurgiens qui ont cru pouvoir exécuter la nouvelle opération, sans préalablement se mettre bien au courant des difficultés qui s'élèvent dans beaucoup de circonstances, et sans, par conséquent, apprécier comme elle méritait de l'être la portée des règles auxquelles M. Civiale a été conduit par sa longue expérience. Cette partie dans laquelle il décrit les divers procédés et instruments qu'on peut utilement employer pour

broyer la pierre, ne saurait être trop méditée par tous ceux qui voudront marcher avec succès sur ses traces.

La seconde partie, purement historique, offre un tableau complet discussions passionnées auxquelles la découverte et les perfectionnements successifs de la lithotritie ont donné lieu. L'auteur, attaqué souvent par des rivaux, par des émules, a dû s'y défendre, rétablir ses droits méconnus, et réhabiliter ses recherches statistiques, souvent travesties de la plus étrange manière. S'il l'a fait avec énergie, nulle part du moins il n'est sorti des bornes imposées à toute discussion grave. Il a présenté, en outre, une critique impartiale des nombreux procédés, plus théoriques que pratiques, dont les auteurs semblent avoir eu pour unique but d'accroître indéfiniment l'arsenal lithotriteur. La pensée qui lui a servi partout de guide, est qu'on ne contribue pas tant aux progrès de l'art en multipliant les instruments au hasard, qu'en les modifiant après une étude approfondie de leur action, pour en rectifier les vices ou en accroître les avantages. Cette vérité a depuis longtemps jeté de trop profondes racines en chirurgie pour qu'il soit à craindre que la manie actuelle d'innover parvienne jamais à l'ébranler.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Abcès de la fosse iliaque s'ouvrant à travers la paroi de l'abdomen.—Les abcès de la fosse iliaque se rencontrent fréquemment dans les services de femmes récemment accouchées. Il arrive souvent qu'à la suite d'accouchements difficiles, ou même en l'absence de toute cause appréciable, le tissu cellulaire du ligament large devient le siége d'une phlegmasie qui se communique rapidement à celui de la fosse iliaque. Dans quelques cas la phlegmasie reste exclusivement bornée au ligament large ; d'autres fois elle envahit tout d'abord la fosse iliaque sans s'étendre au delà. La terminaison habituelle de ces inflammations diffuses est la suppuration. Ce n'est que dans des cas rares qu'on parvient à en obtenir la résolution. L'abcès, une fois formé, s'ouvre, soit dans les organes creux voisins, comme la vessie, le vagin ou l'utérus, et surtout l'intestin, soit à la surface cutanée et dans des points très-différents.

Un assez grand nombre de ces abcès sont observés, chaque année, dans le service de M. Trousseau. Généralement leur terminaison n'a rien de grave. Aussi M. Trousseau s'inquiète-t-il ordinairement assez peu des abcès de la fosse iliaque, soit qu'ils s'ouvrent à la surface cutanée, soit qu'ils se fassent jour dans les viscères voisins. M. Trousseau

a toujours vu qu'en définitive le résultat n'était jamais fâcheux. Après avoir duré un temps, la suppuration finit par cesser, et le trajet fistuleux, qui vient s'ouvrir à la peau par exemple, se cicatrise. Nous avons observé dans le service de nourrices, dirigé par M. Trousseau, trois de ces abcès qui se sont tous ouverts du côté de la paroi abdominale, et qui, tous les trois, n'ont été suivis d'aucun accident grave. Nous nous bornerons à rapporter cette seule observation, les deux autres faits n'ayant présenté rien de plus particulier.

Une femme, âgée de trente-huit ans, entre dans le service de M. Trousseau. Habituellement bien portante, elle était cependant d'une constitution peu robuste. Sa santé s'était altérée depuis quelques mois à la suite de privations nombreuses. Elle était accouchée, il y a environ deux mois, d'un enfant chétif qu'elle amène à l'hôpital, et qu'elle n'avait jamais allaité. Trois jours après son accouchement, et sous l'influence d'un refroidissement brusque, elle avait été prise de douleurs abdominales extrêmement vives, qui prédominaient d'ailleurs dans le flanc droit. La fièvre était très-intense; des accidents graves s'étaient déclarés. On avait appliqué sur le ventre une assez grande quantité de sangsues, et on avait administré des purgatifs. La douleur avait cédé dans toute l'étendue du ventre, excepté dans le flanc droit où elle avait persisté avec une intensité presque aussi grande pendant quelques jours encore. Puis, peu à peu une tumeur s'était développée dans la fosse iliaque droite, et avait augmenté de volume. La malade était alors à l'hôpital.

Placée d'abord dans la salle des nourrices, elle passe, après la mort de son enfant, au nº 27 de la salle Sainte-Anne. On constate dans le flanc droit la présence d'une tumeur qui s'étend en travers, depuis la crête iliaque jusqu'au niveau de la ligne blanche, et en hauteur, depuis le ligament de Poupart jusqu'à 4 ou 5 travers de doigt au-dessus. La tumeur est molle, dépressible. La fluctuation y est très-évidente. La peau est rouge dans un point limité à deux travers de doigt au-dessus du ligament de Poupart, et y forme une légère saillie. En portant le doigt par le vagin dans la direction de la tumeur, et la pressant avec l'autre main, on perçoit très-évidemment l'existence du liquide, et on provoque un peu de douleur.

Après quelques jours, la présence du pus étant incontestable, et la saillie de la peau augmentant, M. Trousseau se décide à ouvrir l'abcès. Il plonge dans le point qui fait saillie, à deux travers de doigt du ligament de Poupart, un bistouri mince et étroit, et donne ainsi issue à plus d'un litre de pus épais et crémeux, d'une odeur fétide. L'ouverture est maintenue béante à l'aide de quelques brins de charpie.—Le

pus continua à s'écouler quelque quelque temps encore. Après deux mois environ, l'abcès était complétement guéri. La tumeur avait disparu, et l'orifice fistuleux s'était cicatrisé. L'état général de la malade était satisfaisant.

Chez les deux autres malades l'abcès, également ouvert à la peau, avait suivi une marche un peu différente. Chez l'une (salle Sainte-Cécile, n° 12) la suppuration était tarie quinze jours après l'ouverture de l'abcès, tandis que chez l'autre elle n'était tout à fait supprimée qu'après plus de deux mois et demi. Aucune d'elles d'ailleurs n'avait éprouvé d'accidents graves.

Tétanos guéri par les stupéfiants et la saignée.— Un menuisier, âgé de vingt-huit ans, d'une forte constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, éprouve sans cause connue, en se levant le 1er mars, à cinq heures du matin, des crampes dans les doigts et le poignet de la main droite. Il entre, le même jour, à l'hôpital Beaujon. Il raconte qu'il ne s'est point exposé au froid, qu'il n'a fait aucun excès. Ses membres ne présentent aucune trace de blessure. Les doigts de la main droite sont tellement fléchis, que l'impression des ongles est fortement empreinte dans la paume de la main. Dans certains moments, le spasme diminue assez pour que l'on puisse étendre les phalanges; mais, dès qu'on les abandonne à elles-mêmes, elles reviennent à l'instant à la flexion. Le plus souvent cette extension est impossible, et alors la main est fléchie sur l'avant-bras, et celui-ci sur le bras. Ces contractions, qui se font par accès, sont très-douloureuses. Le bras gauche commence à présenter un commencement de mouvement tétanique. Point de céphalalgie prononcée, de douleurs de dos ou des lombes; intelligence nette; facies non contracté; état satisfaisant des voies digestives; respiration normale; pouls donnant au plus cinquante-deux battements réguliers et médiocrement développés. Saignée de cinq palettes. Sang riche, non couenneux. Dans la soirée, les contractions et les douleurs s'étendent aux muscles de la jambe gauche, à la paroi antérieure de l'abdomen, aux muscles pectoraux et masséters; soixante-quatre pulsations. On donne 1 gramme d'extrait gommeux en quatre pilules, une d'heure en heure. Le lendemain, deuxième jour de la maladie, point de parties nouvellement envahies; les contractions douloureuses de la veille ont des rémissions plus longues et sont moins intenses. cinquante-six pulsations. Saignée de quatre palettes; sang non couenneux. 50 centigrammes de calomel; 20 centigrammes d'extrait d'opium et 10 d'extrait de belladone, à prendre en huit pilules. Les jours suivants, sous l'influence des mêmes pilules, les contractions dou-

loureuses s' éloignent de plus en plus, abandonnent successivement les parties qu'elles ont envahies pour ne plus occuper que les mains. Une constipation opiniâtre, qui d'abord résiste à l'huile de ricin et au calomel, finit par céder, le 11 mars, à la réunion de l'huile de ricin et du sirop de nerprun. Toute contraction a cessé le 12 mars, et la santé est assez satisfaisante pour que l'on accorde deux cinquièmes d'aliments. Le pouls revient à son état normal, et donne soixante-huit battements par minute. Les saignées ont eu sans doute quelque part à la guérison de ce malade; mais l'opium, puis l'opium et la belladone, donnés à dose assez élevée, semblent avoir bien plus évidemment contribué à la diminution des contractions tétaniques. Cette réunion de médications est souvent employée avec succès contre le tétanos. Nous avons vu cependant, il y a plusieurs années, et au même hôpital Beaujon, l'extrait de belladone prescrit seul à l'intérieur et en frictions, par M. Martin Solon, à un tétanique dont tout le système musculaire était en même temps atteint, amener graduellement une guérison complète de la maladie. Le suc de belladone, conservé par les procédés décrits dans l'Annuaire de M. Bouchardat, prescrit à la dose d'une à deux gouttes dans une potion, diminue quelquefois les contractures douloureuses idiopathiques et même symptomatiques des membres.

Adénite inguinale suppurée. — Ponctions multiples. — Guérison rapide et sans accidents.—C'était, il y a encore peu de temps, une pratique presque générale dans les bubons syphilitiques que de donner issue au pus par de très-larges incisions. Dès qu'une adénite était arrivée à sa période de suppuration, on faisait, à l'aide du bistouri, une longue ouverture, et souvent même une incision cruciale. On ne croyait pas pouvoir jamais donner au pus une issue trop facile. Cette méthode entraînait de nombreux inconvénients. Outre qu'une incision produisait de très-vives douleurs, on voyait souvent cette énorme plaie s'agrandir, se transformer en ulcère serpigineux, et il restait toujours, même dans les cas les plus heureux, une cicatrice étendue et indélébile.

L'application des caustiques, la pâte de Vienne par exemple, n'est pas non plus exempte d'inconvénients. L'ouverture est sans doute moins large, mais la cicatrice est toujours apparente et difforme. Il y a d'ailleurs quelques cas où l'indication de donner immédiatement issue au pus se présente; l'emploi des caustiques est alors impossible, la chute de l'escarre exigeant toujours un certain temps pour se produire; l'escarre dépasse d'ailleurs quelquefois les limites qu'on veut atteindre.

Tous ces inconvénients disparaissent si l'on a recours à une autre pra-

tique que M. Ricord suit assez souvent, et que M. Vidal (de Cassis) a adoptée comme méthode générale : nous voulons parler des ponctions multiples. Le danger qu'on leur a attribué de ne point permettre une issue facile au pus, de provoquer la résorption, est véritablement illusoire, ainsi que nous l'avons souvent constaté à l'hôpital du Midi dans les salles de M. Vidal (de Cassis). Le fait suivant démontre l'utilité et les avantages de cette pratique.

Le malade qui fait le sujet de cette observation était âgé de vingt-quatre ans. Il contracte pour la première fois, à l'âge de dix-sept ans, une blennorrhagie qui ne dure pas moins de trois mois, et cède à l'emploi du poivre cubèbe et d'injections de sulfate de zinc. A vingt ans il lui survient des chancres assez nombreux, mais superficiels, qui sont cautérisés dès le début avec le nitrate d'argent et durent environ trois semaines. Enfin, il y a un mois à peu près qu'il contracta de nouveaux chancres plus larges et plus profonds que les premiers, au nombre de trois. En même temps les glandes inguinales du côté droit s'engorgent et se tuméfient. Le malade se contente de cautériser les chancres et de les panser avec de la charpie imbibée de vin aromatique.

L'adénite continuant à faire des progrès, les ganglions se ramollissent, la marche devient très-douloureuse. Le malade se présente à la consultation de l'hôpital du Midi, où il est admis. On constate alors un bubon du côté droit, arrivé à la période de suppuration, et assez volumineux. M. Vidal prescrit l'usage du traitement mercuriel. Huit jours après, les chancres étant en voie de cicatrisation avancée, M. Vidal pratique, à l'aide d'une lancette, six petites ponctions qui donnent issue au pus du bubon. On applique ensuite matin et soir sur la tumeur des cataplasmes de farine de graine de lin, et on continue le traitement mercuriel.

Peu à peu la tumeur diminue de volume et s'affaisse. Le pus, de jour en jour moins abondant, sortait avec facilité par les petites plaies qu'avait faites la lancette. Après seize jours le pus cessait de s'écouler et les petites plaies s'étaient cicatrisées. Il ne restait au niveau du bubon qu'un très-petit engorgement. Le malade fut gardé à l'hôpital afin d'y achever le traitement mercuriel, et lorsqu'il en sortit il ne restait aucune trace du bubon. Les petites cicatrices des plaies faites avec la lancette étaient tout à fait linéaires et de même couleur que la peau environnante. Il fallait une attention particulière pour les reconnaître. Les chancres s'étaient cicatrisés avant que la suppuration du bubon fût tout à fait terminée.

Abcès chronique du tibia. — Application d'une couronne de

trépan. — *Guérison.* — Le nommé Gratiot, ancien militaire, âgé de soixante-neuf ans, reçut en 1808, lors de la campagne d'Espagne, un coup de feu dans la partie interne et supérieure de la jambe droite. Longtemps il éprouva dans cette région des douleurs qui s'exaspéraient malgré tous les remèdes qu'on put employer. Enfin, il y a quelques années, un abcès qui s'était formé dans le centre de l'os s'ouvrit et donna issue au projectile et à quelques débris de vêtement qui avaient pénétré avec lui. Les douleurs ne cessèrent pas pour cela, la plaie se cicatrisa en grande partie, et fut remplacée par un orifice fistuleux très-étroit, qui de temps en temps se fermait. Un pus à demi concret et d'une horrible fétidité s'accumulait dans la cavité du tibia, et déterminait des douleurs très-vives qui ne se calmaient que lorsque l'abcès s'était ouvert de nouveau. Cet état durait depuis plusieurs années, lorsque le malade vint à Paris, malgré son âge avancé, pour y subir l'amputation de la jambe, qu'on lui avait indiquée comme étant le seul moyen de guérison qui lui restât. Il fut admis à l'hôpital Beaujon le 5 juin 1847, dans le service de M. Robert. Cet habile chirurgien essaya d'abord, à l'aide d'injections de diverses natures introduites par la fistule dans la cavité de l'os, de prévenir l'accumulation du pus; il chercha à dilater l'orifice fistuleux: ces tentatives restant infructueuses, M. Robert appliqua sur la face interne du tibia une couronne de trépan, au moyen de laquelle la caverne osseuse fut largement ouverte. On put voir alors dans toute son étendue cette cavité, assez vaste pour pouvoir loger une noix tout entière, creusée dans le tissu spongieux du tibia, et tapissée par une membrane d'apparence muqueuse. Dès ce moment, les douleurs cessèrent, un pus blanc et inodore succéda à cette suppuration fétide et demi-concrète jadis fournie par le foyer. Celui-ci se rétrécit légèrement. Le malade a quitté l'hôpital le 10 juillet, en voie de guérison. Une question importante, que le temps seul résoudra, est celle de savoir si la caverne osseuse, aujourd'hui débarrassée du pus qui la distendait presque continuellement, pourra peu à peu revenir sur elle-même et s'oblitérer.

Abcès considérable du sein.—Compression méthodique.—Guérison.—Un des accidents qu'on observe le plus fréquemment à la suite de l'accouchement, c'est la formation d'abcès du sein. Soit qu'ils surviennent à l'occasion d'un allaitement mal dirigé, soit qu'ils se produisent par suite de quelque imprudence commise pendant l'état puerpéral, ils envahissent quelquefois les deux mamelles à la fois, ou l'une d'elles dans la totalité, et atteignent un volume considérable. C'est là un accident dont il importe sans doute de se préoccuper; mais il est vrai de

dire, pourtant, qu'en général il a moins de gravité qu'on ne serait porté à le croire *à priori*.

M. Trousseau, qui dans son service de nourrices a souvent l'occasion d'observer de pareils abcès, les laisse, en général, marcher naturellement, et lorsque le pus fait saillie dans un point, que la peau est amincie, que la collection purulente tend à se faire jour au dehors, il lui donne issue à l'aide d'une incision faite avec la lancette. L'abcès une fois vidé, M. Trousseau a recours à une compression méthodique, pratiquée à l'aide d'un bandage qu'il a fort ingénieusement imaginé. Ce bandage, et il est formé de longues et étroites bandelettes de diachylon, préparé exactement selon la formule du Codex, se compose de trois parties. Les premières bandes partent de l'épaule du côté opposé au côté malade et passent sous le sein, qu'elles relèvent, puis sont ramenées sur la même épaule pour aller de nouveau relever le sein, et ainsi successivement jusqu'à ce qu'on ait recouvert la moitié inférieure du sein. Les secondes bandes partent de dessous le sein non malade, sont portées de haut en bas sur le sein malade, de manière à le déprimer, puis reviennent à leur point de départ pour être de nouveau portées sur le sein jusqu'à ce que, par leur rencontre avec les première bandes, celui-ci se trouve recouvert en totalité. Enfin, les troisièmes bandes partent de l'épaule du côté non malade, sont portées sur le sein, puis ramenées à leur point de départ et reportées sur le sein, jusqu'à ce qu'elles l'aient recouvert dans sa totalité. Le bandage est alors complet et produit une compression solide et méthodique du sein.

Nous pourrions citer un grand nombre de faits de guérison obtenue par l'application de ce bandage ; il suffira du suivant :

Une femme de vingt-six ans entre dans le service de M. Trousseau (salle Sainte-Cécile, n° 4). Accouchée depuis cinq semaines, elle a depuis un mois un abcès qui occupe le sein droit, et qui a atteint un volume considérable. La saillie du sein est de 13 à 14 centimètres ; la peau est lisse, tendue, violacée dans quelques points, la fluctuation très-évidente. Une ponction est faite avec une lancette : elle donne immédiatement issue à plus d'un litre et demi de pus. On applique un cataplasme, et dans la journée il sort une énorme quantité de pus. Le lendemain matin, le bandage est fait ainsi que nous l'avons indiqué et la malade laissée au repos.

Huit jours après, le bandage est levé. Une petite quantité de pus s'était écoulée à travers les bandelettes de diachylon. Le décollement, considérable le premier jour, était presque nul ; la petite plaie était en partie cicatrisée ; c'est à peine si, à l'aide d'une pression méthodique, on parvenait à faire sortir quelques gouttes de pus. Le sein était réduit

de plus des trois quarts. Le bandage fut réappliqué; cinq jours après il était levé de nouveau. Le sein était en parfait état; la plaie cicatrisée; la malade était guérie complétement et quittait l'hôpital.

L'application du bandage exige une précaution. Le diachylon des pharmacies, de couleur en général très-brillante, est fort irritant et détermine souvent des érysipèles. Il importe donc de se servir du diachylon préparé suivant la formule du Codex exactement, et qui, contenant moins de térébenthine, est peu irritant. M. Trousseau, depuis qu'il l'emploie pour les bandages compressifs du sein, n'a pas vu une seule fois survenir le moindre érysipèle. L'application du bandage est donc exempte de dangers, et compte aujourd'hui de très-nombreux succès obtenus chaque jour, soit dans le service de M. Trousseau, soit par les praticiens qui y ont recours. Il n'est, d'ailleurs, pas indifférent de remarquer que, le plus souvent, la douleur très-vive qui accompagne les abcès du sein cesse ou diminue beaucoup immédiatement après l'application du bandage.

Suppression complète de la sécrétion urinaire prise d'abord, faute d'un examen suffisant, pour une rétention d'urine. — Parmi les accidents de l'ivresse, portée jusqu'au plus haut degré de l'insensibilité, il en est un qui n'a point été noté jusqu'à présent, c'est la suppression de la sécrétion urinaire. C'est parce que le plus ordinairement cette sécrétion est plutôt augmentée, que l'on peut jusqu'à un certain point excuser l'erreur de diagnostic que nous avons à signaler. Ce fait est d'ailleurs important parce qu'il donne un exemple de néphrite suraiguë, suite de l'excitation rénale que procurent les boissons, et parce qu'il prouve qu'on ne doit rien négliger pour établir son diagnostic; que l'examen des symptômes généraux est sans doute d'une grande utilité, mais que l'examen des symptômes locaux, si facilement soumis à nos sens par la percussion et nos autres moyens d'investigation, ne saurait être omis lorsqu'il s'agit de juger d'un malade et du traitement qui doit le soulager.

Après s'être livré pendant une journée à des excès de boisson qui l'avaient fait tomber dans l'état d'ivresse le plus profond, le nommé Dufour, maçon, âgé de quarante-sept ans, se trouva le lendemain dans l'impossibilité d'uriner, malgré le besoin qu'il en éprouvait. Il envoya chercher un médecin. Celui-ci, sans autre renseignement et sans aucun examen, chercha à plonger à plusieurs reprises une sonde dans la vessie. Il ne parvint pas, et ramena chaque fois son instrument couvert de sang. La nuit fut agitée, le ventre se tuméfia. Les tentatives faites le matin qui suivit cette nuit pénible ne furent pas plus heureuses, et le

malade entra à l'hôpital Beaujon dans la journée. L'interne de garde, acceptant le diagnostic porté en ville, renouvela sans plus de succès les tentatives faites auparavant. Puis, effrayé des fausses routes qui existaient, et de l'état du malade, qui durait depuis quarante-huit heures, il le fit mettre au bain et envoya chercher M. Robert, dans le service duquel Dufour avait été placé. Après s'être fait rendre compte de ce qui s'était passé, l'habile praticien entre les mains duquel le sort du malade était heureusement remis, percuta la région hypogastrique et fut d'abord fort étonné de la trouver sonore : il existait, il est vrai, du météorisme ; mais la pression et la palpation ne faisaient point reconnaître de globe vésical développé. Existait-il une rupture de la vessie, épanchement d'urine dans le péritoine, ou bien néphrite avec suppression de sécrétion ? Le pouls était petit et fréquent, mais les traits du visage et l'aspect du malade repoussaient la première idée ; M. Robert adopta la seconde. Cependant il voulut s'assurer lui-même de la suppression d'urine : une sonde habilement conduite, et qui, en évitant les fausses routes, arriva dans la vessie, démontra que l'organe ne renfermait pas d'urine. Un traitement antiphlogistique, des bains prolongés et des boissons émulsives à haute dose calmèrent bientôt l'irritation des parties malades ; la sécrétion urinaire se rétablit le troisième jour, et Dufour ne tarda pas d'être en état de sortir de l'hôpital.

Paraphimosis. — Application de sangsues au périnée. — Chez les sujets dont le prépuce ne recouvre pas habituellement le gland, il arrive quelquefois que ce voile membraneux devient le siége d'une infiltration œdémateuse qui s'oppose à ce qu'on puisse le ramener sur le gland. Cet accident, qui constitue le paraphimosis, s'observe bien aussi chez les sujets dont le prépuce recouvre ordinairement le gland, mais il est vrai de dire qu'il y est plus rare. C'est en général à la suite de coïts répétés, de phlegmasies superficielles soit du gland, soit du prépuce lui-même, d'ulcérations syphilitiques, qu'il se produit, et il atteint quelquefois un tel degré d'intensité, qu'un certain nombre d'auteurs le considèrent comme pouvant devenir la source d'accidents fort graves. La gangrène du gland, celle du prépuce lui-même auraient été, d'après ces auteurs, assez fréquemment observées à la suite de paraphimosis qu'on aurait négligé soit de réduire, soit de traiter par de petites incisions.

Il y a sans doute bien de l'exagération dans les craintes qu'inspire à ces auteurs le paraphimosis, et si l'on recherchait les cas bien observés de gangrène consécutive, on verrait que leur opinion est beaucoup moins fondée qu'on ne le pense généralement. La maladie n'en mérite

pas moins d'être combattue par une médication active. Les moyens que l'on conseille ordinairement consistent soit à réduire le paraphimosis en pressant le prépuce tuméfié et faisant ainsi disparaître son infiltration œdémateuse, soit à pratiquer de petites mouchetures qui donnent issue à la sérosité. Ces deux procédés ne sont ni l'un ni l'autre sans inconvénient, le premier substituant le plus souvent un phimosis à un paraphimosis, le second amenant quelquefois de petites gangrènes au niveau des piqûres.

M. Vidal (de Cassis), dans son service à l'hôpital du Midi, ne suit habituellement ni l'une ni l'autre de ces pratiques. Il croit peu en général aux accidents graves qu'on prétend voir succéder si souvent à la non-réduction du paraphimosis. Bien pénétré des inconvénients que présentent et cette réduction et les mouchetures, il n'a jamais recours ni à l'un ni à l'autre de ces moyens. M. Vidal fait appliquer au périnée du malade des sangsues en quantité suffisante, au nombre vingt par exemple. Les bains généraux, les lotions avec l'eau blanche complètent ainsi le traitement. Dans tous les faits nombreux de paraphimosis que M. Vidal a pu observer dans son service fort étendu, les moyens que nous venons d'indiquer ont toujours suffi, sans qu'il fût jamais besoin d'opérer la réduction du prépuce œdémateux. La phlegmasie œdémateuse se dissipait peu à peu. On ne constata jamais ni gangrène du gland ni aucun des accidents graves que les auteurs ont indiqués comme imminents dans les cas de paraphimosis.

Cette pratique a ses avantages dans certaines conditions. Lorsque par exemple des chancres existent en même temps à la base du gland, ou lorsqu'il y a une balanite, ou même des ulcérations chancreuses à la surface interne du prépuce, le mal reste ainsi à découvert et peut être traité topiquement. La réduction du prépuce dans de semblables circonstances ne permet pas cette action directe soit sur les chancres, soit sur la surface du gland enflammée, et oblige ainsi à renoncer aux moyens les plus puissants que nous possédions, les moyens topiques. Il importe donc que les résultats observés dans le service de M. Vidal se confirment. Ils ont été constatés un trop grand nombre de fois pour ne pas mériter l'attention sérieuse des praticiens.

Chorée traitée et guérie par l'emploi des bains sulfureux. — La chorée est une des affections auxquelles on a opposé le plus grand nombre de préparations différentes. Les médications médicamenteuses les plus variées ont été administrées à l'intérieur. Les applications externes les plus diverses ont été faites, et il est vrai de dire que chaque médication compte à la fois beaucoup d'heureux résultats et quelques

insuccès. Certaines chorées disparaissent rapidement, avec la plus grande facilité, sous l'influence d'un traitement même peu énergique. D'autres résistent longtemps, quoi qu'on fasse, sans qu'il soit possible de produire autre chose qu'un simple amendement dans les symptômes. Cette diversité est liée, en général, à la cause qui a déterminé la chorée; mais dans quelques cas pourtant elle est véritablement inexplicable.

Depuis un assez grand nombre d'années, M. Guersant, M. Baudelocque ont expérimenté à l'hôpital des Enfants l'emploi des bains sulfureux dans cette grave maladie, et ils ont obtenu assez fréquemment des résultats avantageux, sans qu'il soit possible pourtant d'ériger cette pratique en méthode générale et absolue de traitement de la chorée. Cette utilité des bains sulfureux se trouve confirmée par un fait très-complet que nous avons recueilli dans le service de M. Blache, à l'hôpital Cochin.

Le malade qui fait le sujet de cette observation était âgé d'environ onze ans. D'une constitution chétive, mal nourri et habitant constamment la campagne, il avait été pris depuis à peu près deux mois de mouvements choréiques qui ont aujourd'hui une grande intensité. Ces mouvements, qui semblent s'être produits sous l'influence d'une violente frayeur, étaient d'abord peu étendus, limités à certaines parties; puis en peu de temps la chorée augmenta et se généralisa. L'enfant ne pouvait ni parler ni faire le moindre effort, soit pour saisir et retenir un objet, soit pour marcher. Il était agité de mouvements choréiques continuels. Pour l'amener de Liancourt à Paris, il avait fallu le fixer sur un matelas dans une voiture. On était obligé de le maintenir dans son lit et de le porter lorsqu'il avait besoin d'en sortir. L'intelligence, d'ailleurs, ne semblait pas très-affaiblie.

On lui prescrivit un bain sulfureux d'une heure, à prendre chaque jour. On le portait et on avait soin de le maintenir dans son bain.

Dès le huitième jour du traitement, l'amélioration commençait à se manifester. Il y avait un peu moins d'agitation. Les mouvements étaient moins généraux. Les bains sulfureux furent continués.

Le quinzième jour, l'amendement était très-notable; l'enfant pouvait se tenir assis dans son lit, essayer même de saisir les objets qu'on lui présentait, et, quelques jours après, il put avec de grands efforts articuler presque distinctement un mot assez long.

Après un mois de traitement, l'état de l'enfant était singulièrement modifié. Il se levait, pouvait marcher d'une manière désordonnée pourtant, s'habillait avec l'aide d'un infirmier, et commençait à parler moins indistinctement. On continua encore les bains sulfureux chaque jour, et, après six semaines de traitement, l'enfant ayant pris trente-

six ou trente-huit bains, la guérison était complète. Il n'y avait plus d'agitation choréique. La marche était sûre, tous les mouvements réguliers et la parole parfaitement libre. Le malade se levait et s'habillait seul. Il pouvait manger sans le secours de l'infirmier. Quelques jours après on suspendait complétement l'emploi des bains sulfureux. Le malade fut gardé quelques semaines encore à l'hôpital en attendant qu'on vînt le chercher. Aucun symptôme de chorée n'avait reparu. Dès que l'enfant avait pu marcher, on l'avait habitué à coordonner ses mouvements en l'astreignant à une marche régulièrement cadencée, et ne lui permettant de déplacer les deux jambes qu'à des intervalles égaux et successivement réguliers.

Tumeur utérine simulant une grossesse. — Une femme âgée de vingt-huit ans, domestique, entre dans le service de nourrices dirigé par M. Trousseau (salle Sainte-Julie, n° 6). Elle était bien constituée, avait été réglée pour la première fois à l'âge de treize ans, et depuis ce moment la menstruation s'était toujours régulièrement accomplie. Elle était accouchée deux fois, chacune de ses grossesses et de ses suites de couche s'était passée sans le moindre accident grave. Son dernier enfant, qu'elle n'allaitait plus depuis trois mois, avait environ dix mois.

Au moment de son entrée à l'hôpital elle portait une tumeur évidemment formée par l'utérus, et que déjà plusieurs médecins avaient jugé n'être rien autre chose qu'une grossesse arrivée au sixième ou septième mois. Cette tumeur, qui donnait à l'abdomen la forme et le développement qu'il acquiert à une période avancée de la grossesse, se déplaçait facilement sur l'un ou l'autre côté. Elle avait exactement la forme de l'utérus distendu, et en pressant la paroi abdominale on pouvait facilement en limiter la partie supérieure, évidemment formée par le corps de l'utérus. Le toucher permettait également de reconnaître qu'elle appartenait à l'utérus ou tout au moins à ses annexes, mais qu'elle se déplaçait sans cesser d'être liée à l'utérus. Le col était très-élevé, difficile à atteindre, un peu entr'ouvert, porté un peu en arrière des deux lèvres, longues et développées comme à l'état normal. Il croit impossible de produire le ballottement et de percevoir ni bruit de souffle placentaire, ni aucun bruit qui ressemblât aux mouvements du cœur d'un fœtus. La tumeur était complétement indolente et donnait à la percussion un son mat. Les règles étaient supprimées depuis huit mois et demi. Elles n'avaient apparu qu'une seule fois depuis la dernière grossesse, six semaines environ après l'accouchement. La malade était sans fièvre, n'éprouvait aucun accident qui parût se rattacher à une grossesse. Il en avait d'ailleurs été de même dans les deux précédentes.

Interrogée avec soin, elle affirmait constamment que cette tumeur s'était développée depuis quinze jours seulement, un peu douloureuse pendant les premiers jours, et qu'avant cette époque le ventre était parfaitement souple et ne contenait pas la moindre tumeur. Elle ajoutait qu'il y a environ quatre mois la même tumeur s'était produite de la même manière, ayant la même forme. Un médecin l'avait examinée alors, avait cru à l'existence d'une grossesse, mais après quinze jours de durée et de simples applications de cataplasmes émollients, la tumeur avait complétement disparu. La malade ne pouvait soupçonner la cause sous l'influence de laquelle elle s'était reproduite. — On ajouta peu de foi à ces renseignements ; mais sur les instances de la malade, et d'ailleurs dans l'incertitude où ces antécédents, qu'elle affirmait exacts, mettaient le diagnostic, on prescrivit l'application de cataplasmes de farine de graine de lin et le repos.

Huit jours après, la tumeur avait diminué, et chaque jour depuis ce moment elle continua à s'amoindrir. Après trois semaines elle avait complétement disparu. L'utérus était réduit à son volume normal, le col redescendu et dans le même état. Il ne s'était fait aucun écoulement soit sanguin, soit séreux, par la vulve. La malade sortit parfaitement guérie.

De quelle nature était cette tumeur? Sa rapide disparition, sans qu'aucun écoulement se soit fait par la vulve, doit éloigner l'idée d'un épanchement liquide dans la cavité utérine; sa matité ne permet pas de supposer une tumeur gazeuse. M. Trousseau était disposé à admettre que des adhérences étendues existaient entre un ovaire et le corps de l'utérus, et qu'un épanchement séreux, analogue aux hydrocèles de la tunique vaginale, avait pu se faire d'une manière subaiguë dans les loges mêmes de cet ovaire. Il s'expliquait ainsi la rapidité avec laquelle l'épanchement s'était fait et avait disparu ; les adhérences de l'ovaire avec le corps de l'utérus permettaient de comprendre comment la tumeur avait pu sembler formée par le corps de l'utérus lui-même. C'est là un fait difficile de diagnostic, comme on en rencontre quelquefois dans l'appréciation des tumeurs utérines qui peuvent simuler complétement la grossesse. M. P. Dubois appelle fréquemment l'attention sur ce point, pour faire remarquer combien sont peu nombreux les signes certains et infaillibles de la grossesse.

Appareils très-simples pour produire l'éthérisation. — Tout a été dit sur la découverte américaine, aussi y revenons-nous seulement pour indiquer des appareils d'une grande simplicité, et à l'aide desquels on peut faire bénéficier les malades de l'insensibilité produite par les

inhalations éthérées. L'un d'eux, inventé par M. J. Roux, professeur à l'École de médecine navale de Toulon, consiste en un sac en étoffe absolument semblable à celui dont les dames se servent pour mettre leur mouchoir. Il est doublé à l'intérieur d'une vessie de cochon dans laquelle on place quelques morceaux d'éponge, ou des boulettes de coton, et la quantité d'éther nécessaire. Pour se servir de cet appareil, il suffit d'en étendre la coulisse pour que son ouverture puisse recevoir le menton, la bouche et le nez du malade. Le chirurgien le tient ainsi appliqué, et le froncement de l'ouverture du sac, qui est ouatée, forme un bourrelet à la fois résistant et élastique, qui rend cette manœuvre facile. Chez les enfants, on peut maintenir l'appareil en nouant les cordons du sac derrière la tête. La respiration se faisant ainsi par la bouche et le nez, les enfants peuvent crier à leur aise, parler, répondre aux questions qu'on leur adresse. Les inspirations profondes et répétées qui succèdent à leurs cris, hâtent la production de l'ivresse éthérée. Si les premières inspirations provoquent de la toux, M. J. Roux la fait cesser en débouchant l'ouverture d'un bouton en buis qui est placé à la partie moyenne du sac. Cet appareil est simple, portatif et peu coûteux, et offre, comme le dit son inventeur, de grands avantages dans la pratique des vaisseaux et des armées. M. le professeur Porta, de Pavie, se sert d'une vessie de cochon ordinaire dont l'ouverture, destinée à embrasser seulement la bouche, est garnie d'un morceau d'étoffe, et dans l'intérieur de laquelle on verse deux ou trois cuillerées d'éther. Nous l'avons vu employer avec succès dans le service de M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis. Enfin, M. Charles Mayor, de Lausanne, a indiqué un autre procédé d'éthérisation encore très-simple, qu'on appelle procédé par le *voile*. Une alèze, une nappe passée circulairement sous les aisselles, est attachée derrière le dos ; une assiette contenant de l'éther est mise sous le nez du malade ; puis le bas de l'alèze est ramené de bas en haut, recouvre l'assiette et la tête du malade, et vient retomber par derrière. Un aide maintient l'assiette à travers la toile. M. Mayor a adapté à son appareil un verre à vitre, qui permet de suivre les changements de la physionomie ; mais cette complication n'est pas indispensable. En faisant causer les malades, on peut suivre alors par le trouble de leurs réponses les progrès de l'éthérisation.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ABCÈS ABDOMINAL (*Exemple d'un*) *simulant une hernie ombilicale.* L'observation suivante, dans laquelle un abcès abdominal simulait si bien une hernie ombilicale, qu'il fut traité comme tel, est due à M. Vétu. Il s'agissait d'une petite fille de quatre ans, convalescente d'une entéro-péritonite aiguë, et chez laquelle une tumeur de la grosseur d'une aveline se montra à l'ombilic. Cette tumeur était molle, élastique et sans changement de couleur à la peau, indolente, dépressible, au point de disparaître complétement sous la pression du doigt qui circonscrivait parfaitement le contour de l'anneau; mais dès qu'on suspendait la pression, la tumeur se reproduisait en suivant le doigt à mesure qu'on le retirait. Si la malade criait ou toussait, la tumeur durcissait, devenait plus saillante, et faisait éprouver ce choc que l'on considère comme un des signes caractéristiques des hernies abdominales. Le ventre examiné et percuté ne présentait rien d'anormal sous le rapport du volume et de la sonorité. L'état général paraissait d'ailleurs satisfaisant.

M. Vétu diagnostiqua, sans hésiter, une hernie ombilicale dont il se rendait d'autant mieux compte, que pendant le cours de sa péritonite, l'enfant n'avait cessé de pousser des cris aigus, et qu'à sa faiblesse générale, on pouvait encore ajouter la faiblesse relative des parois abdominales, macérées, pour ainsi dire, par des applications réitérées de cataplasmes et de fomentations. Trois ou quatre jours après, la tumeur avait grossi: elle était luisante, très-tendue, un peu sensible, d'ailleurs toujours susceptible de rentrer facilement et en totalité dans la cavité abdominale, comme aussi de se reproduire instantanément dès qu'on cessait de la comprimer. Le changement survenu dans l'aspect et le volume de la tumeur pouvant s'expliquer par les cris répétés de l'enfant, M. Vétu persista dans sa première opinion. Cependant, cinq jours après, mandé de nouveau auprès de l'enfant, il le trouva littéralement baigné dans une masse considérable de pus crémeux, parfaitement lié, dont la quantité pouvait être évaluée, dit l'auteur, à un litre et demi ou deux litres. La tumeur avait disparu. L'ombilic examiné alors n'offrait qu'une ouverture à peine capable d'admettre l'extrémité du doigt, il n'y avait aucune trace de hernie. (*Journ. des Conn. méd.-pratiq.*, juin 1847.)

ANÉVRYSME *de la quatrième artère intercostale, suite d'une fracture en éclats de la côte correspondante, se faisant jour dans la cavité de la plèvre; guérison.* M. Bianchetti fut appelé auprès d'un jeune homme de vingt-neuf ans chez lequel une tumeur s'était développée depuis douze jours sur le côté gauche de la poitrine. Cette tumeur était pulsatile, douloureuse, et ne se laissait point affaisser par la compression. Le blessé rapportait l'origine de cette tumeur à une chute qu'il fit sur le côté malade. Un examen attentif fit reconnaître une fracture en éclats de la quatrième côte au niveau du mamelon. Pendant deux jours cette tumeur fit des progrès en tous sens: d'abord du volume d'une mamelle d'une femme de vingt ans, elle s'étendit bientôt jusqu'à l'acromion, se perdant dans l'aisselle. Le bras du côté malade était frappé de paralysie. Le troisième jour à dater du traitement, c'est-à-dire le quinzième de l'accident, le malade fut trouvé assis sur son lit, presque suffoqué, la face pâle et couverte d'une sueur froide, le pouls petit et intermittent; il faisait à chaque instant de violents efforts pour vomir. L'hypocondre gauche était tuméfié. En examinant la région où existait la tumeur, le chirurgien reconnut avec surprise que celle-ci avait disparu. Les battements auparavant très-violents et que l'on pouvait voir à distance, ne s'apercevaient plus que dans une petite étendue au-dessous du mamelon. La percussion sur le côté affecté donnait un son mat; toux et délire, vomissements, oppression, etc. Après soixante-douze heures environ de cet état, l'oppression, la toux et les vomissements commencèrent à se calmer. La tumeur acheva peu à peu de s'effacer et le bras reprit ses fonctions. Le malade, épuisé par les nombreuses saignées qui lui avaient été pratiquées, regagna peu à peu ses

forces. Enfin, lorsqu'il fut complétement guéri, on reconnut la présence d'un col d'un pouce de longueur et entourant la circonférence de la côte.

Ce qu'il y a de plus intéressant dans ce fait, c'est la terminaison aussi heureuse qu'inattendue. Nul doute que l'épanchement sanguin, formé probablement aux dépens de la quatrième artère intercostale, se sera fait jour dans la cavité pleurale où il aura été peu à peu résorbé; mais comment ce brusque épanchement, qui aurait pu être si funeste, mit-il un terme à l'extravasation sanguine qui jusque-là n'avait cessé de faire des progrès? c'est ce qu'il est assez difficile d'expliquer. (*Bullettino delle Scienze mediche* et *Gaz. Méd.*, juillet 1847.)

ANÉVRYSME POPLITÉ *guéri par la compression exercée sur l'artère fémorale. Manière dont la compression exercée sur une artère entre un anévrysme et le cœur amène la guérison.* Un homme, âgé de trente-quatre ans, se présente à l'hôpital pour un double anévrysme poplité. La tumeur du jarret gauche était beaucoup plus grosse que l'autre, elle était plus volumineuse qu'un œuf de poule et surtout plus longue; elle remplissait le creux poplité et débordait sur les côtés; elle était le siége de douleurs très-vives s'irradiant le long de la jambe; on y percevait de forts mouvements de soulèvement, un bruit de soufflé très-distinct et très-éclatant. La compression, exercée sur l'artère au-dessus du sac, avait pour effet de permettre à la poche de se vider momentanément, pour se remplir aussitôt qu'on cessait cette compression. La position élevée du membre et des fomentations sur cette partie procurèrent du soulagement; mais ce soulagement n'était que temporaire. La santé générale du malade étant bonne d'ailleurs et le cœur à l'état normal, ce cas fut considéré comme favorable à l'application de la compression.

Le compresseur fut placé et la compression fut exercée sur l'artère un peu au-dessous du ligament de Poupart. Au bout de quelque temps, la peau fut excoriée et il fallut changer l'instrument. La compression fut alors exercée au moyen d'un tampon et du poids placé à l'aine, en même temps que l'on comprimait l'artère au tiers inférieur de la cuisse; mais les ganglions inguinaux devinrent douloureux. On essaya ensuite le compresseur anévrysmal de Reid, qui ne put être supporté. Il en fut de même de l'appareil à poids de M. Carte. La compression exercée sur la branche horizontale du pubis amenait toujours de la douleur et du gonflement des ganglions inguinaux et de la tuméfaction du membre, et la peau qui recouvrait l'artère dans le tiers supérieur de la cuisse était si sensible que la pression y déterminait de la douleur. En définitive, on se borna à comprimer au tiers inférieur de la cuisse. On y plaça deux compresseurs à vis que le malade serrait et relâchait alternativement, lorsque la compression devenait douloureuse en un point. Sous l'influence de ce moyen les douleurs et les crampes, si pénibles auparavant, disparurent. Le malade maintenait la compression assez exactement pendant le jour; mais pendant la nuit l'appareil se déplaçait et l'artère n'était plus comprimée.

Après environ deux mois de tentatives, le malade retourna chez lui, emportant les instruments nécessaires pour continuer la compression. Un compresseur à anneau et un compresseur à vis furent placés au tiers inférieur de la cuisse, et la pression exercée alternativement par l'un et par l'autre de ces instruments. Le surlendemain, en relâchant la vis, on s'aperçut qu'il n'y avait plus de battements dans la tumeur, et qu'une artère du volume de la radiale passait sur la poche anévrysmale. Le troisième jour l'appareil fut enlevé et remplacé par un bandage roulé. La tumeur était dure, solide, sans battements; on sentait une des artères articulaires internes du genou et le vaisseau collatéral qui longe la tumeur battait avec force.

Ce fait clinique, déjà très-digne d'intérêt par lui-même, emprunte un intérêt plus particulier encore au fait suivant, communiqué à la Société de chirurgie de Dublin, par M. le docteur Bellingham. Il s'agit d'une pièce d'anatomie pathologique, à l'aide de laquelle on peut en quelque sorte saisir sur le fait le mécanisme de la guérison dans le cas qui précède. Cette pièce consiste en un sac d'anévrysme poplité avec une portion de l'artère aux dépens de laquelle il s'est formé, ayant appartenu à un malade traité par la com-

pression, et qui a succombé à une maladie intercurrente. Le sac anévrysmal se trouve en grande partie rempli de couches concentriques de fibrine, dont les plus extérieures sont si intimement unies à la paroi interne du sac, qu'elles semblent adhérentes. L'orifice de communication de la poche avec l'artère est large et arrondi ; la seule partie du sac qui ne soit pas obstruée par de la fibrine, est celle qui correspond à l'ouverture de communication. L'artère poplitée n'est point dilatée, et ne présente du reste aucune trace d'altération.

Cette pièce montre, d'une part, que le sac anévrysmal peut se remplir de fibrine coagulée, l'artère aux dépens de laquelle il est formé restant perméable au sang; fait plein d'intérêt et de la plus haute importance thérapeutique. D'autre part, il tend à dévoiler le mécanisme par lequel la compression exercée sur l'artère, entre la poche et le cœur, amène la guérison de l'anévrysme. Dans cette pièce, en effet, on voyait que la fibrine du sang avait d'abord été arrêtée par la membrane interne de la poche, et que le dépôt a continué à se faire jusqu'à sa presque complète oblitération; que les couches les plus excentriques étaient les plus anciennes, et les plus rapprochées du centre les plus récentes; ce qui prouve que l'acte réparateur a été graduel, qu'un courant sanguin a dû continuer à traverser le sac, et que ce mode de guérison est identique à celui qu'emploie la nature, dans les circonstances favorables, pour guérir les anévrysmes internes. Il en résulterait donc la nécessité, pour que le dépôt de la fibrine puisse s'opérer, du passage continu d'une certaine quantité de sang dans la poche anévrysmale; d'où la conséquence pratique, que la compression ne doit pas être assez forte pour interrompre complètement le passage du sang dans l'artère qui communique avec le sac, précepte entièrement opposé à celui qu'enseignent encore aujourd'hui tous les chirurgiens. (*Dublin medical Press*. et *Revue médicale*, juin 1847.)

BOUILLON VÉGÉTAL (*Formule pour un*) *destiné à remplacer les tisanes*. M. Quevesne vient tirer de l'oubli une préparation qui, dans une foule de circonstances, peut être d'une grande utilité aux praticiens et aux malades. C'est une solution de gomme aromatisée avec les légumes ordinairement employés dans l'art culinaire. J'ai goûté, dit M. Quevesne, en même temps que plusieurs personnes, de ce bouillon préparé sans viande, et dont on a fait prendre à un malade : l'illusion a été complète pour tous. C'était bien l'aspect et le goût agréable du bouillon ordinaire, un peu faible peut-être, mais assurément il ne serait venu à l'idée de personne de nous qu'il n'était point entré de viande dans sa préparation. Ce bouillon nous semble devoir être d'un grand secours dans les cas si nombreux où les malades sont fatigués des boissons diverses dont on a dû les gorger, et lorsque le médecin n'ose encore leur permettre l'usage même du bouillon de poulet; il sera encore utile chez les personnes qui supportent si difficilement la diète, et qui seront heureuses, en prenant ainsi un bouillon illusoire, de tromper l'impatience de leur estomac. Nous pensons que la gomme, la petite quantité de matières végétales extractives et aromatiques, le peu de sels et les quelques gouttes de matière grasse que cette boisson renferme, permettent de la placer bien plutôt dans la classe des tisanes que dans celle des aliments.

Voici la méthode indiquée par M. Pétroz : on prépare à l'avance et pour s'en servir au besoin, un jus de légumes de la manière suivante :

Carottes..................	750 grammes.
Persil....................	60 grammes.
Feuilles de céleri.......	60 grammes.
Panais....................	250 grammes.
Navets....................	250 grammes.
Poireaux..................	250 grammes.
Oignons frais............	60 grammes.
— brûlés durs....	120 grammes.
Girofle............... nº	6 grammes.

On incise toutes ces substances, on les place dans un bain-marie, on verse dessus tout au plus la quantité d'eau nécessaire pour les baigner; on couvre le vase, et l'on maintient bouillante l'eau entourant le bain-marie jusqu'à ce que les légumes soient très-cuits. On passe alors avec expression. On sature le liquide obtenu avec un mélange salin composé de 1 partie de chlorure de potassium et 2 parties de sel marin, et on le réserve pour l'usage. Il peut se conserver dans cet état pendant plusieurs années. Avec cet extrait on prépare instantanément une tasse de bouillon

au moment du besoin; il suffit pour cela de mettre, dans une solution de gomme chaude, du produit ci-dessus en quantité suffisante pour lui donner un arome agréable, et en outre un peu de mélange salin, si le jus de légume n'y en a pas introduit assez. Enfin, on ajoute quelques parcelles de graisse de pot-au-feu. Cette dernière remplit le double but d'achever de donner au liquide l'arome agréable, en même temps qu'elle produit ces légères gouttelettes grasses que vous offre le bon bouillon de nos cuisines. La solution gommeuse se prépare dans la proportion de 20 grammes par litre. L'un des buts que la gomme est destinée à remplir, est de communiquer au liquide une certaine onctuosité. (*Répertoire de pharmacie*, juin 1847.)

CONSTIPATION *de cinq semaines chez un enfant*. M. le docteur Bloch rapporte l'histoire d'un enfant de cinq ans, affecté d'une occlusion congéniale de l'anus, qui se rompit en deux endroits au bout de deux jours. Il resta entre les deux ouvertures un pont qui causait de très-fortes douleurs pendant la défécation que l'enfant différait autant que possible; une fois il retint ses excréments pendant cinq semaines. M. Bloch incisa le pont, et l'enfant rendit une quantité prodigieuse de matières fécales; depuis ce moment il n'a pas cessé d'être bien portant. (*Zeitschrift fur die gesammte medicin*. et *Gazette médicale*, juin, 1847.

CORDON OMBILICAL (*Chute d'un enfant nouveau-né sur le sol et déchirure du*) *sans hémorrhagie*. Les médecins sont souvent appelés à déposer devant la justice sur des préventions d'infanticide. Parmi les questions qu'ils peuvent avoir à résoudre, se trouvent celles-ci : Est-il possible qu'un enfant soit expulsé brusquement par les contractions de l'utérus? Cette expulsion entraîne-t-elle sa mort? La rupture spontanée du cordon ombilical est-elle suivie d'hémorrhagie, et cette hémorrhagie peut-elle donner la mort? Tous les médecins légistes sont d'accord pour admettre la possibilité de cette expulsion spontanée, même chez des primipares. Quant aux autres questions, elles sont résolues par la négative, du moins par la généralité des médecins.

Le fait suivant observé par M. le professeur Hoffmann vient, sous tous les rapports, à l'appui des solutions données par la science.

Une primipare âgée de vingt-sept ans accoucha, en allant à l'hôpital, à un quart de lieue de la ville. L'enfant tomba sur le sol. La mère dit avoir perdu beaucoup de sang; l'utérus était complétement revenu sur lui-même, les jambes et les cuisses couvertes de sang. L'enfant, qu'elle apporta dans son tablier, était à terme et vivant. Il n'avait aucune blessure. Le cordon ombilical était arraché tout près du ventre; il n'y avait pas eu d'hémorrhagie. (*Neue zeitschrift fur geburtskund* et *Gazette médicale*, juin 1847.)

CORPS ÉTRANGER *volumineux, ayant séjourné soixante jours dans la cavité orbitaire et la fosse zigomatique*. M. le docteur Haine publie l'observation d'un enfant de dix ans, près duquel il fut appelé pour une petite blessure située sous la paupière inférieure, vers le tiers interne du grand angle de l'œil. Le front, ainsi que la tempe de ce côté, étaient fortement tuméfiés, et le gonflement s'étendait même jusqu'à la région parotidienne; un petite quantité de pus s'écoulait par la plaie. L'enfant s'étant refusé à tout examen, M. Haine se borna à l'application de cataplasmes. Cependant il apprit que, trois semaines auparavant, cet enfant avait reçu, au-dessous de l'œil gauche, l'extrémité d'un bâton pointu lancé par un de ses camarades. Les jours suivants, l'enfant fut plus souffrant, il survint un peu de fièvre, et trois abcès se formèrent dans le côté gauche de la tête et du col. Une énorme quantité de pus s'en écoula. Bientôt on aperçut, en pansant le petit malade, un corps grisâtre et dur au fond de la plaie. Ce corps fut saisi avec les doigts sans difficulté. C'était un morceau de bois long de six centimètres, et épais d'un demi-centimètre sur toutes ses faces. Le corps étranger avait été logé en partie dans la cavité orbitaire, et en partie dans la fosse zigomatique, et avait séjourné dans ce point pendant soixante jours. (*Journ. des Conn. méd.-pratiq.*, juin 1847.)

COUPEROSE (*Nouveau traitement de la*) *basé sur l'action élective du tartre stibié sur le système capillaire de la face*. M. le docteur Campardon, dans un travail très-intéressant qu'il

vient de publier, formule ainsi le traitement qu'il oppose à cette affection si rebelle. « Dès que le malade est convenablement disposé, c'est-à-dire lorsque toutes ses fonctions naturelles ou accidentelles sont revenues à l'état normal, nous administrons *tous les jours*, à jeun, le tartre stibié à la dose d'un dixième de grain mêlé à deux ou trois grains de poudre de douce-amère : l'action élective du tartre stibié, même à cette dose infime, est très-manifeste sur la face ; elle ne l'est pas moins sur la muqueuse intestinale, car il est rare que les habitudes de constipation ne cèdent pas après quelque temps de son emploi. Il arrive quelquefois que, même à cette dose, il détermine des nausées ou des vomissements ; et s'il nous est arrivé, dans quelques cas, de diminuer la dose, c'est plutôt en vue d'être agréable à nos malades, car nous avons toujours vu la tolérance s'établir après un certain temps. Alors il agit sans doute comme hyposthénisant du système capillaire cutané. Sous cette influence, la couleur rouge de la peau diminue, et finit enfin par disparaître tout à fait ; le bout du nez seul résiste longtemps encore après que le reste de la face est guéri.

A ce moyen, pour nous d'un effet certain, et dont nous revendiquons la priorité pour les cas dont il s'agit, nous associons, comme moyen *dépurateur*, l'eau mercurielle employée autrefois comme résolutif dans les engorgements glanduleux, et quelquefois encore aujourd'hui comme antivermineux chez les jeunes sujets. Nous avons vainement, à l'aide de l'ammoniaque ou de l'eau de chaux, cherché dans l'eau mercurielle à déceler le métal ; cependant, la sensation qu'elle donne à la bouche est toute minérale, et ne ressemble en rien à l'eau distillée qui a servi à la faire. Nous en faisons boire un verre à liqueur une heure avant le premier repas de la journée, et, après deux mois, un second verre le soir en se couchant. Pendant aussi toute cette période, nous obligeons les malades à se bassiner la figure plusieurs fois par jour avec de l'eau de chaux seconde ; à tenir même, sur les parties malades, des compresses trempées dans ce liquide, soit froid pendant l'été, soit tiède pendant l'hiver ; quel que soit le degré de démangeaison ou de cuisson de la peau, il a bientôt disparu sous l'influence de cet agent. Au lait de chaux nous substituons souvent la liqueur de Gowland, des Anglais, qui doit son action au deutochlorure de mercure qu'elle contient.

Lorsque la rougeur de la face commence à se ternir, nous hâtons sa décadence par l'application des pommades résolutives ; parmi celles dont nous avons l'habitude de nous servir, se trouve celle d'iodure de potassium au 10e, ainsi que celle d'iodure de plomb.

Si l'*acne rosacea* est compliquée de l'*acne indurata*, nous faisons onctionner les tubercules avec la pommade de chlorure d'argent, dans la proportion de 60 à 75 centigrammes pour 16 grammes d'axonge et 8 grammes de cire vierge. Cette pommade, étendue tous les soirs, sous forme de frictions, sur chaque tubercule, en hâte singulièrement la résolution. Nous secondons l'emploi de ces moyens par les tisanes dites dépuratives, que nous varions fréquemment : le houblon, la pensée sauvage, le petit houx en fusion, la bardanne, la patience, etc., en décoction sucrée avec le sirop suivant :

Gaïac râpé	2 parties.
Salsepareille mondée, coupée et concassée	1/2
Serpentaire de Virginie, écorce de sureau, capillaire du Canada	*ana* 1/4
Eau bouillante	45
Sucre blanc	10

Les bains simples de Barèges, les eaux de Barèges en boisson viennent aussi concourir à la cure. Ce traitement ayant été bien suivi, nous n'avons jamais été obligé de recourir aux douches sur la figure. Cependant si les phénomènes qui annoncent le commencement de l'amélioration tardent trop à se montrer, nous modifions alors la manière d'agir d'Ambroise Paré, et nous irritons la peau du visage avec la pommade cantharidée. Lorsque la peau, de rouge qu'elle était, devient violacée, nous employons les antiphlogistiques franchement et activement. A ce sujet, nous avons été souvent en butte à la critique, et, faut-il le dire, à une critique peu bienveillante de la part de confrères dont le traitement n'avait pas été heureux : quelque pénible que soit à l'homme de bien de supporter la censure, il est préférable de persister dans la bonne voie sans détourner la tête. Donc, dès que les phénomènes inflamma-

toires sont tombés, il est ordinaire de voir la peau se décolorer avec une rapidité incroyable; il est rare qu'on soit obligé d'avoir recours au même moyen, dont l'énergie, d'ailleurs, est graduée selon l'intensité de la maladie et la susceptibilité individuelle. Habituellement, cependant, nous nous servons de la cantharide à la dose de 4 grammes pour 32 grammes d'axonge, et nous faisons onctionner les parties malades toutes les deux heures. Bientôt une chaleur, une cuisson très-vive occupent les parties frictionnées, et, dans quelques cas, s'étendent plus loin; une fièvre locale bien manifeste se développe, la face et la tête deviennent douloureuses, les artères temporales battent avec force: cet orage ne doit pas être abandonné à lui-même, et, selon les sujets, une large saignée ou une application de sangsues sur les apophyses mastoïdes ou sur les tempes conjurent tous les accidents. Des applications froides sur la face, des bains de pieds, un purgatif salin et une boisson fraîche, amènent doucement le malade à un état de calme que la cuisson et la tension de la peau du visage lui avaient fait oublier depuis longtemps.

DARTRES. *Nouvel exemple de leur transmission des animaux à l'homme.* Les cas de communication des dartres des animaux à l'homme sont assez rares pour qu'il ne soit pas sans intérêt de rapporter le fait suivant, observé par M. Ritter. Une jeune fille de Wurlingen, âgée de vingt ans, d'une constitution forte, fut chargée de panser un taureau, une génisse et deux petits veaux, qui avaient par places la peau dénudée de poils; cette jeune fille, jusque-là très-bien portante, contracta au bout de quelque temps, au bras droit, des dartres, dont une, longue de quatre pouces et large de trois pouces et demi, avait la forme de l'*herpes circinnatus*, et occasionnait des démangeaisons qui empêchaient le repos jour et nuit. La douce-amère avec antimoine cru à l'intérieur, et des frictions avec l'onguent de précipité blanc, suffirent pour amener la guérison.

Nous avons rapporté, dans le temps, un fait analogue, observé par M. Dassit (voyez volume XXIII, page 211). Tous les cas de trans mission connus jusqu'à présent se rapportent exclusivement à l'espèce bovine; cependant, d'après les médecins vétérinaires, les dartres seraient moins communes dans cette espèce que chez les chevaux, les brebis et les chiens. A quoi tiendrait cette particularité? Il serait oiseux peut-être d'en rechercher la cause ailleurs que dans des circonstances toutes fortuites, ou dans l'absence de publicité qu'on n'aurait pas jugé à propos de donner à des faits de cette nature. (*Medichinisches Correspondenz-Blatt*, et *Gaz. méd.*, juin 1847.)

LIPOMES, MELICERIS, STEATOMES; *utilité de leur distinction au point de vue pratique.* Ces trois sortes de tumeurs, longtemps confondues sous la dénomination commune de *loupe*, ont, comme tout le monde le sait maintenant, une composition différente et des caractères distincts que les anatomo-pathologistes ont parfaitement établis. Le lipome, formé de cellules adipeuses hypertrophiées, constitue une tumeur mollasse, sans kyste; le méliceris, résultant de l'oblitération et de l'agrandissement d'un follicule sébacé, toujours enkysté, se distingue en outre par sa dureté, et par le siége qu'il occupe toujours dans la peau, ou immédiatement au-dessous; le stéatome enfin, produit d'une exsudation morbide, siégeant sur la peau comme le méliceris, s'en distingue par plusieurs caractères extérieurs, et entre autres par sa forme globuleuse, sans bosselures. On paraît croire généralement que cette distinction n'a qu'un intérêt purement scientifique, sans application aucune à la pratique. Telle n'est pas l'opinion de M. le professeur Velpeau qui, dans une de ses leçons cliniques à la Charité, a insisté sur l'importance de cette distinction au point de vue du traitement.

Toutes ces tumeurs, dit M. Velpeau, exigent l'ablation; mais l'opération ne doit pas être la même dans tous les cas. Le lipome doit être enlevé, et ne peut être énucléé. Il ne suffit pas, comme on pourrait le croire, de fendre le méliceris, car, alors, la reproduction serait à peu près certaine. Quant au stéatome, on peut le fendre et le presser sur ses côtés, parce qu'alors la matière et le kyste qui la contient s'en échappent avec facilité. Autrefois, pour enlever un stéatome, on pratiquait une incision cruciale, et on dissé-

quait avec soin les lambeaux ; mais tout cela est inutile ; le procédé d'énucléation suffit, et n'expose pas plus que les autres à la récidive. Le méliceris, au contraire, qui est adhérent, ne peut s'énucléer et demande à être disséqué minutieusement. (*Gazette des Hôpitaux*, juin 1847.)

MALADIES GRAVES *auxquelles l'emploi des meules de grès expose les ouvriers dans les fabriques d'armes.* Voici en quels termes M. Morin, de l'Académie des sciences, a exposé devant cette compagnie les dangers qu'offre l'emploi des meules de grès dans les fabriques d'armes. Parmi les métiers dont l'exercice abrége la vie de ceux qui les exercent, celui de l'aiguiseur, dans les fabriques d'armes blanches et de quincaillerie, est certainement l'un des plus meurtriers. Le danger de l'éclatement des meules, dont les débris, lancés par la force centrifuge, sont souvent projetés à de grandes distances, quoique souvent trop réel, n'est pas le plus sérieux que courent ces ouvriers, et les perfectionnements généralement introduits dans le montage des meules, l'ont d'ailleurs beaucoup atténué ; mais il est une cause lente, continuelle et infaillible, qui, avant l'âge de quarante ou de quarante-cinq ans, conduit au tombeau la plupart des aiguiseurs. Incessamment courbés sur une meule qui, dans son mouvement rapide, projette sur leurs bras, sur leur figure, sur tout leur corps, une pluie boueuse, mêlée de parcelles siliceuses et métalliques, couverts de vêtements imprégnés d'une humidité permanente et parfois glaciale, qu'ils ne dissipent en partie qu'en s'approchant de poêles fortement chauffés, qui la transforment en vapeur, et exposés à toutes les fâcheuses conséquences d'une situation si défavorable à la santé, ils sont encore périodiquement et fréquemment soumis à respirer la poussière siliceuse sèche que produisent les meules, soit quand on aiguise à sec, soit quand on tourne les meules dont la surface est altérée. Aussi ces ouvriers sont-ils habituellement atteints de laryngites, d'angines, de bronchites chroniques et surtout de phthisie pulmonaire, maladie que le père transmet à son fils avec son funeste métier. Dans les manufactures d'armes blanches, presque tous succombent avant l'âge de quarante à quarante-cinq ans. Il résulte de relevés faits sur les registres des manufactures d'armes, que sur cinquante-six ouvriers aiguiseurs morts, de 1829 à 1841, quarante-un n'avaient pas atteint plus de vingt-cinq ans de service. Il en est de même à peu près dans les établissements de l'industrie privée ; les chefs d'une de nos grandes fabriques de quincaillerie signalent qu'en quatre ans ils ont perdu, de la phthisie pulmonaire, cinq de leurs meilleurs ouvriers, hommes forts et bien constitués d'ailleurs. Pour obvier à ces graves inconvénients, on a imaginé divers moyens, dont quelques-uns paraissent devoir atteindre en partie le but désiré. On a proposé, entre autres, de substituer aux meules de grès l'usage de meules composées de gomme laque et de sable mêlés à de la chaud, et donnant à l'aiguisage et au tournage une poussière plus lourde qui tombe et ne se répand pas dans l'atelier, comme celle de grès. Toutefois, l'usage des meules en gomme laque, quoique reconnu avantageux, n'ayant pas été encore généralisé, tant à cause du prix de la matière que par d'autres obstacles inutiles à rappeler ici, on a dû chercher encore d'autres moyens. Un ingénieur civil, M. J. Peugeot, paraît avoir résolu le double problème qu'il s'était proposé, savoir : de diminuer, autant que possible, les chances et le danger de la rupture des meules, de préserver les ouvriers de l'humidité que projette sur leurs vêtements le mouvement de la meule, et principalement d'enlever la poussière produite par l'aiguisage ou par le tournage à sec. Le premier problème a été résolu au moyen de boulons traversant l'œil évidé de la meule, et s'opposant à son éclat. Comme second moyen de sûreté on entoure la surface de la meule, vis-à-vis du corps de l'homme, d'une enveloppe concentrique à larges rebords latéraux, maintenue au sol par deux fortes chaînes, et que l'auteur appelle *cuirasse de sûreté*. Mais le plus grand et le plus utile perfectionnement est une heureuse application qu'a faite M. Peugeot du ventilateur ordinaire à l'enlèvement de la poussière de grès. Ce système, dont il serait trop long d'exposer ici les détails, devrait, d'après M. Morin, remplir d'une manière très-satisfaisante l'objet que s'est proposé son auteur, et rendre par là un important service à toute une classe d'ouvriers. (*Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, juillet 1847.)

MÉNINGITE *encéphalo-rachidienne à Alger* (*Bons essais des inhalations éthérées dans le traitement d'une épidémie de*). Nous avons plusieurs fois, au commencement de cette année, arrêté l'attention de nos lecteurs sur la forme épidémique que peut revêtir la méningite cérébro-spinale, et sur l'inanité où se sont trouvées les médications les plus énergiques pour conjurer cette terrible maladie. Le docteur Grand-Boulogne vient de communiquer à la Clinique de Marseille la relation d'une épidémie du même genre qui s'est montrée à Alger à la même époque. Comme à Lyon et à Avignon, la maladie sévit d'abord sur la garnison pour se répandre ensuite dans la population. Nous ne reviendrons ni sur la symptomatologie de cette affection, ni sur les médications énergiques et les plus rationnelles qui ont été employées sans succès; nous mentionnerons seulement, en passant, que même l'opium à haute dose avait échoué dans cette circonstance; ce que nous voulons mettre en relief, c'est l'emploi qu'on a tenté des inhalations éthérées dans le traitement de cette terrible affection. Ce fut dans le courant d'avril que le docteur Besseron eut l'idée de soumettre tous les malades atteints de méningite aux inhalations; tous les cas, sans exception, s'étant terminés par la mort, il n'y avait consciencieusement aucun scrupule à user d'un moyen nouveau, quels que dussent en être les résultats. Les malades reçus postérieurement au 10 avril furent donc éthérisés; leur nombre a été de douze, tous reçus à l'hôpital militaire pendant la période comateuse.

Dès les premiers essais on reconnut l'influence heureuse des inhalations éthérées : les deux premiers malades en éprouvèrent subitement une amélioration si sensible, qu'il y eut lieu d'espérer une terminaison favorable. Cette prévision n'a pas été démentie, et ces deux militaires sont sortis parfaitement guéris. Sans entrer dans le détail des faits qui ont été recueillis et que M. Besseron doit publier prochainement, M. Grand-Boulogne se borne à exposer en peu de mots que, sur les douze malades éthérisés, cinq étaient complétement guéris, et trois paraissaient convalescents le jour où il a été appelé à les examiner. Depuis, deux de ces derniers ont succombé, l'un à une phlébite, suite de saignée; l'autre, à la suite de symptômes typhoïdes. Un fait parut important à signaler, c'est que dans toutes les autopsies faites antérieurement à l'emploi de l'éther, on trouvait du pus dans l'arachnoïde cérébrale et rachidienne; tandis qu'on n'en a jamais rencontré chez les malades qui ont succombé malgré les inhalations éthérées. Le cerveau, loin de présenter des signes de congestion, était pour ainsi dire exsangue. Dans les trois autopsies qui furent faites, ces mêmes circonstances se sont rencontrées.

Les inhalations éthérées n'ont pas constitué tout le traitement, elles ont toujours été employées concurremment avec les saignées; mais, sans l'éther, les saignées, dans tout le cours de cette épidémie, n'avaient pas amené un seul succès. Voici, en peu de mots, comment M. Besseron a procédé. Dans le principe, il se contentait de quinze ou vingt inspirations, trois fois par jour. Il n'en fallait pas davantage pour déterminer une amélioration évidente. Bientôt, éclairé par l'évidence, il a renouvelé plus souvent l'application de l'appareil, et, dans ces derniers temps, chaque malade, deux fois par heure, absorbait de huit à douze aspirations. Jamais on n'a essayé de déterminer l'insensibilité; obtenir l'hyposthénisation, tel a été le but recherché et constamment atteint. Une circonstance à noter, c'est l'intégrité des fonctions cérébrales chez les individus guéris. On sait effectivement que chez la plupart des personnes qui ne succombent pas à la méningite cérébro-spinale, l'intelligence s'affaisse au point d'imprimer à la physionomie un cachet d'imbécillité ou de crétinisme. Parmi les six malades complétement guéris, pas un seul qui ne jouisse de la plénitude de ses facultés.

Nous sommes loin de partager les opinions de M. Grand-Boulogne sur l'influence des inhalations éthérées, et les faits nombreux dont nous sommes journellement témoins ne nous permettent pas d'admettre avec lui que l'éther, loin de congestionner le cerveau, exerce une action inverse sur cet organe. Il nous paraît, en outre, difficile d'admettre qu'une maladie qui tue neuf fois sur dix, sinon plus encore, s'arrête comme par enchantement sous l'influence des inhalations éthérées. Quoi qu'il en soit, nous devions mentionner les résultats de ces observations pour

engager nos confrères à expérimenter, avec la plus grande prudence toutefois, cette nouvelle méthode thérapeutique. (*Gaz. des hôpitaux*, juillet 1847.)

NÉVRALGIE *sourcilière traumatique intermittente*, *combattue avec succès par le sulfate de quinine.* Une petite fille de dix à douze ans lit, vers sept heures du soir, une chute dans laquelle l'arcade sourcilière gauche porta contre le bord d'une table; il en résulta un épanchement de sang qui donna lieu à une tumeur du volume d'un petit œuf de poule et à un gonflement considérable des paupières. Une application de sangsues, l'emploi de lotions résolutives, etc., faisaient marcher depuis plusieurs jours l'épanchement vers sa résolution, quand la mère de la petite malade fit savoir qu'elle éprouvait tous les soirs, à l'heure à laquelle avait eu lieu l'accident, des douleurs extrêmement vives dans les tissus meurtris; douleurs telles que l'enfant tombait presque en syncope. Cette périodicité des douleurs, quand l'état général de l'enfant ne pouvait que rassurer sur sa guérison prochaine, porta le médecin qui donnait ses soins à cette enfant, M. Saint-Amand (de Meaux), à prescrire l'usage du sulfate de quinine. L'administration de ce sel, continuée pendant six ou huit jours, eut pour effet de diminuer d'abord, et de faire ensuite cesser entièrement les douleurs. (*Gazette médicale*, juin 1847.)

NITRATE D'ARGENT (*Moyen d'enlever les taches de*) *sur le linge.* Ce procédé, indiqué par M. Hérapath, chirurgien de l'Université de Londres consiste à transformer en iodure l'argent qui a produit la tache. Pour cela, il se sert de la teinture d'iode de la Pharmacopée de Londres; puis il dissout l'iodure d'argent produit, par une solution d'hyposulfite de soude contenant 4 grammes de ce sel pour 65 grammes d'eau. On lave ensuite le linge à l'eau pure. (*Journ. de chimie méd.*, juin 1847.)

OBLITÉRATIONS DES VOIES SPERMATIQUES, *comme celles des canaux biliaires et salivaires; elles ne donnent pas lieu à des symptômes qui les fassent reconnaître pendant la vie.* Dans un travail communiqué à l'Académie de médecine, M. Gosselin s'est proposé de démontrer que les canaux destinés au passage du sperme peuvent s'oblitérer comme les conduits vecteurs de la bile, de l'urine et de la salive. Les oblitérations qu'il a rencontrées occupaient: 1° le canal déférent; 2° la queue de l'épididyme; 3° la tête de l'épididyme; 4° les vaisseaux séminifères du testicule. Une seule fois M. Gosselin a rencontré l'oblitération du canal déférent; elle s'étendait depuis le commencement de ce canal jusqu'à l'excavation pelvienne. Il y avait non-seulement oblitération, mais encore disparition de l'organe dans cette partie de son trajet. La vésicule séminale correspondante existait néanmoins, et avait même un volume plus considérable que celle du côté sain. Le testicule n'était point atrophié; l'épididyme offrait une dilatation comme variqueuse du canal qui le forme; il contenait une grande quantité de spermatozoaires, tandis que la vésicule séminale n'en renfermait aucun. L'auteur a rencontré plusieurs fois une oblitération au niveau de la queue de l'épididyme. Il pense que ces oblitérations restent inconnues pendant la vie, et ne troublent pas la santé de l'individu, parce que le sperme, dont la sécrétion continue, est absorbé sur la place, dans les canaux où il tend à s'accumuler. Il croit d'ailleurs que les maladies inflammatoires sont souvent la cause de ces oblitérations, qui peuvent aussi, dans certains cas, n'être que temporaires. Les oblitérations dans la tête de l'épididyme n'empêchent pas le sperme de suivre son cours naturel, parce qu'elles portent sur une région où les conduits sont multiples. Les oblitérations des cônes séminifères coïncident avec les maladies de toutes sortes dont le testicule peut devenir le siége. (*Bulletin de l'Acad. royale de méd.*, juillet 1847.)

ORGEOLET PÉRIODIQUE, *reparaissant à chaque époque menstruelle. Traitement préventif; guérison.* La production des orgeolets est fréquemment liée à l'existence, soit d'une affection des premières voies, d'une irritation du tube digestif, ou d'un embarras gastrique, soit d'une affection des bronches ou des poumons. Il n'est pas rare, dans ces différentes circonstances, de voir ces orgeolets se montrer à chaque retour des accidents morbides; mais, ce qui est plus commun encore, c'est de voir

de ces orgeolets survenir chez les femmes aux approches de leurs époques menstruelles, et constituer une sorte d'infirmité très-désagréable. Le fait suivant, rapporté par M. Ch. Deval, offre un des exemples les plus remarquables de ce retour périodique des furoncles palpébraux, coïncidant avec l'apparition des règles. Il n'est pas moins digne d'intérêt sous ce rapport, que par l'heureux résultat du traitement qui fut institué.

Obs. Une jeune fille de dix-neuf ans était sujette, depuis trois ans, à des orgeolets souvent fort douloureux, envahissant ses paupières, tantôt à droite, tantôt à gauche, et reparaissant périodiquement tous les mois, quelques jours avant ses époques. Ils avaient quelquefois manqué d'apparaître, mais, depuis six mois, ils revenaient et avaient une désespérante régularité; cette pauvre jeune fille en était d'autant plus affectée, qu'ils se terminaient fréquemment par suppuration. Elle se présenta dans cet état à la consultation de M. Deval, étant à la veille de ses règles et portant un orgeolet en imminence de suppuration. M. Deval conseilla qu'on favorisât l'élimination du bourbillon, par des cataplasmes légers préparés avec la farine de graine de lin, avec la mie de pain et le lait, ou avec la pulpe d'une pomme cuite, et qu'on revînt le mois d'après, dix ou douze jours avant la période. Cette jeune fille se présenta en effet à l'époque indiquée, exempte d'orgeolet. On lui prescrivit de prendre, jusqu'au moment de l'éruption de ses règles, et de deux jours l'un, 40 centigrammes d'aloès succotrin, et de se frotter, soir et matin, les quatre paupières, près des bords ciliaires, avec une pommade composée de 2 grammes d'alun, un demi-gramme de camphre et 15 grammes d'axonge. L'évacuation sexuelle arriva, mais l'inflammation furonculeuse manqua de paraître. Les deux mois suivants, mêmes prescriptions suivies du même résultat. On supprima l'aloès; seulement, des onctions journalières continuèrent à être pratiquées sur les voiles palpébraux, quatre ou cinq jours avant l'éruption des règles, pendant plusieurs mois encore. Un temps assez long s'est écoulé depuis le commencement du traitement, sans que les furoncles aient reparu. Une circonstance assez particulière et qui mérite d'être mentionnée, c'est que la mère de cette jeune fille, femme d'une cinquante d'années, avait été incommodée par des orgeolets mensuels jusqu'au temps de la ménopause; les marges palpébrales, chez elle, étaient déformées et calleuses par suite des inflammations successives dont elles avaient été pendant si longtemps le siége. (*Abeille méd.*, juillet 1847.)

OVARIOTOMIE *pratiquée avec succès.* L'ovariotomie, accueillie avec une sorte d'enthousiasme en Amérique et en Angleterre, n'a longtemps rencontré en France qu'une timide défiance et une réserve peut-être excessive. Tout récemment encore consulté pour une jeune dame portant une tumeur ovarique du volume d'une tête d'enfant, M. Malgaigne ayant proposé de tenter l'extirpation, dut céder devant l'opinion des autres chirurgiens consultants, qui repoussèrent unanimement cet avis. Cependant un chirurgien d'une petite localité, M. le docteur Woyeikowski, de Quingey (Doubs), n'a pas hésité, dans un cas semblable, à imiter la conduite hardie des chirurgiens de Londres et de New-York, et cette opération, la première qui ait été pratiquée en France, a été suivie du plus brillant succès. Sans penser qu'on doive désormais s'autoriser de cette heureuse hardiesse, pour pratiquer, dans tous les cas de dégénérescence de l'un ou des deux ovaires, une aussi grave opération, nous croyons néanmoins que ce fait est de nature à faire revenir sur la proscription trop absolue à laquelle on semblait la vouloir condamner, et, qu'entre la témérité des chirurgiens anglais et américains et la trop grande réserve des chirurgiens français, devra se placer à l'avenir une ligne moyenne de conduite, qui permettra d'apprécier convenablement les cas où l'opération sera possible et indiquée, et ceux où elle serait téméraire et impossible.

Voici la relation de l'opération pratiquée par M. Woyeikowski, qu'à raison de son importance nous rapportons dans tous ses détails.

M. Woyeikowski fut appelé, le 27 avril 1844, auprès d'une femme qui réclamait ses soins pour l'accoucher. La sage-femme qui l'assistait avait senti, disait-elle, aussitôt après l'écoulement des eaux, qui étaient très-peu abondantes, une tumeur charnue, assez volumineuse, qui, s'avançant dans les parties génitales,

ne lui avait pas permis de reconnaître la position de l'enfant. M. Woycikowski apprit alors de la malade qu'elle avait cessé d'être réglée depuis quinze mois; que depuis cette époque son ventre s'était développé, qu'elle avait éprouvé des envies de vomir, du dégoût, des douleurs dans les lombes, en un mot tous les symptômes qu'elle avait éprouvés dans ses précédentes grossesses. L'examen lit connaître que la tumeur remarquée par la sage-femme au dehors des parties génitales n'était autre chose que la matrice, d'un volume triple environ de son volume ordinaire. L'abdomen était distendu par un amas considérable de liquide. Une ponction pratiquée aux parois abdominales donna issue à trente-cinq litres de liquide séreux. La main promenée sur l'abdomen put reconnaître alors l'existence d'une tumeur du volume de la tête d'un adulte, arrondie, bosselée, flottante dans le grand bassin. La matrice fut alors remise en place sans difficulté. Le lendemain M. Woycikowski, assisté de trois confrères, procéda à l'opération suivante. (Nous laissons parler l'auteur pour ne rien omettre des détails de cette grave opération.)

« La femme étendue dans un fauteuil, et tout étant disposé, je saisis un bistouri convexe et je pratiquai une incision à la peau seulement, sur le trajet de la ligne blanche, depuis trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic jusqu'à la partie supérieure du pubis. Dans un second temps, je divisai les aponévroses et le tissu cellulaire, en suivant toujours le trajet de la première incision, et en ayant soin de ne pas toucher au péritoine, ce qui fut facile, à cause de l'absence du tissu graisseux à sa partie externe, et d'un amas considérable de liquide dans son intérieur. Dans le troisième temps, je pratiquai à la partie supérieure de l'incision, une ponction au péritoine. J'y introduisis le doigt indicateur de la main gauche et le bistouri droit boutonné, à l'aide duquel je fendis le péritoine dans toute la longueur de la plaie. Au même instant une grande quantité d'un liquide transparent, jaunâtre, sans odeur, s'échappa et fut recueilli dans un vase. Le grand épiploon et les intestins grêles se précipitèrent alors par la plaie et tombèrent sur les cuisses de la malade. L'un des assistants les refoula et les maintint à l'aide d'une serviette enduite de cérat. Nous vîmes alors un corps arrondi, bosselé, dur au toucher, flottant dans le grand bassin, et attaché au côté droit de l'utérus, près de son fond, par un pédicule d'un demi-pouce de diamètre et de trois pouces de longueur. Nous étant convaincu par une ponction exploratrice sur la tumeur, que nous avions affaire à une dégénérescence squirrheuse de l'ovaire, une ligature fut portée autour de son pédicule, pendant qu'un des médecins assistants la tenait soulevée avec ses deux mains. Le bout du fil fut maintenu à l'extérieur, et la tumeur détachée par un coup de bistouri. Je me hâtai alors de réunir les bords de la plaie par une suture enchevillée (8 points de suture sur 4 chevilles de sparadrap de diachylon). Puis la malade fut remise sur son lit, couchée sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin. L'opération avait duré huit minutes. Des embrocations furent faites sur le ventre au moyen de compresses trempées dans de l'eau froide, renouvelées toutes les cinq minutes, et il fut ordonné une diète sévère et quelques cuillerées de limonade froide pour boisson.

Le lendemain, vingt-quatre heures après l'opération, la malade fut trouvée sans fièvre; point de douleurs abdominales, légère tuméfaction autour de la plaie. Mêmes prescriptions que la veille.

Le troisième jour l'état général était tout aussi satisfaisant; le gonflement des bords de la plaie était un peu plus considérable que la veille. La malade avait dormi d'un sommeil paisible, et demandait même de légers aliments. Le quatrième jour une suppuration de bonne nature s'établit, bientôt la ligature tomba, la plaie se cicatrisa, et le vingt-cinquième jour de l'opération, cette femme put se promener avec une ceinture semblable à celles dont se servent les femmes enceintes.

Au bout de quatre mois, cette femme devint enceinte, et, au terme ordinaire elle mit au monde un garçon qui vécut fort bien. Elle est accouchée une seconde fois, au mois de décembre 1846, d'un garçon également bien portant. (*Journal de méd. et de chir. prat.* et *Revue méd.-chirurg.*, juin 1847.)

RECTUM CANCEREUX; *extirpation pratiquée avec succès.* L'observa-

tion suivante offre un bel exemple de succès d'une opération généralement considérée comme très-grave et très-dangereuse.

M. Marcacci fut consulté, au commencement de janvier 1845, par une femme âgée de cinquante-cinq ans, pâle et lymphatique, qui se plaignait d'éprouver des envies fréquentes d'évacuer, une sensation de pesanteur et de cuisson vers l'anus; les fèces étaient souvent liquides, et quand elles étaient solides, elles sortaient sous forme d'un mince ruban recouvert de sang; cet état était accompagné d'un mouvement fébrile. L'examen ne fit découvrir qu'une fissure se prolongeant dans le rectum, entourée de tissus durs. On se borna pour le moment à inciser la fissure. Les ténesmes et les douleurs cessèrent par suite de cette opération. Mais la malade se présenta de nouveau environ trois mois après, avec une aggravation de tous les premiers symptômes auxquels se joignaient une teinte jaune-paille de la peau, des douleurs lancinantes, de la diarrhée et un mouvement fébrile intense, le soir. L'examen rectal fit reconnaître, cette fois, une dégénérescence cancéreuse de toute la portion inférieure du rectum, sauf dans une petite étendue de sa partie antérieure, restée saine. Le doigt pouvait constater parfaitement la limite supérieure du mal. La plaie résultant de l'incision qui avait été pratiquée quelques mois auparavant, s'était convertie en un ulcère sordide, irrégulier, et produisant un ichor sanguinolent.

La nécessité de l'opération ayant été établie en consultation, M. Marcacci pratiqua deux incisions semi-elliptiques, à un travers de doigt de l'anus, lesquelles formaient, par leur réunion, une ellipse complète, sauf un petit espace en avant correspondant à la portion saine du rectum. Par cette incision comprenant la peau et le tissu cellulaire, la masse carcinomateuse fut rendue mobile; le chirurgien introduisit alors l'indicateur gauche dans le rectum, et en le pliant en crochet il attira aisément en bas la tumeur qui put être facilement détachée par quelques coups de bistouri. Pendant l'opération, qui fut courte et facile, un aide protégeait le vagin en le portant en haut avec le doigt introduit dans sa cavité. Cinq artères furent liées au fur-et à mesure de leur section. Une hémorrhagie en nappe, qui persistait, s'arrêta par le seul contact d'une éponge imbibée d'alcool étendu de partie égale d'eau.

L'extirpation finie, l'intestin remonta, et l'on nota également l'absence de la partie antérieure du rectum, qu'on s'était attaché à conserver. Soit qu'elle se fût rompue par la traction exercée sur elle par le reste de l'intestin dans son ascension, ou qu'elle eût été incisée par mégarde durant l'opération, on n'en retrouva plus de traces. Malgré le peu de sang perdu, l'opérée eut un frisson, du délire, et tomba presque en syncope. Quelques excitants la tirèrent de cet état.

Une fièvre qui se manifesta pendant les quatre premiers jours, à heures irrégulières, fut combattue avec succès par la décoction de quinquina. L'intestin redescendit peu à peu dans la plaie. Quelques purgatifs devinrent nécessaires pour stimuler la défécation. Une évacuation de vers lombrics, le retour des accès de fièvre, la diarrhée, retardèrent la guérison, qui fut complète au bout d'environ sept semaines. Il existe maintenant à l'anus une ouverture circulaire non contractile, dont les bords sont dépassés de quelques lignes par la muqueuse prolapsée. Le doigt, porté en haut, rencontre un second anneau bien distinct de celui-ci, résistant et dur, doué d'une contractilité suffisante pour faire l'office du sphincter. Cet anneau est constitué, suivant toute apparence, par l'extrémité inférieure du muscle releveur. (*Gazzetta toscana delle scienze medico-fisiche*, et *Gazette médicale*, juillet 1847.)

RÉTRÉCISSEMENTS ORGANIQUES DE L'URÈTRE (*Traitement des*) *par la dilatation permanente rapidement progressive*. M. Payan, d'Aix, propose pour les rétrécissements organiques de l'urètre un mode de cathétérisme auquel il donne le nom de *dilatation permanente rapidement progressive*. Il consiste à laisser en place la même bougie pendant cinq ou six heures seulement au lieu de vingt-quatre, et à la remplacer aussitôt par une autre d'un calibre supérieur. Il parvient ainsi à placer en un seul jour trois bougies de calibre de plus en plus fort, sans plus de fatigue pour le malade que s'il avait laissé une même bougie à demeure pendant vingt-quatre heures. Cette méthode, employée dans un cas particulier par M. Lallemand, a été généralisée par M. Payan qui la met

habituellement en usage depuis plus de dix ans. Elle repose sur la propriété reconnue depuis longtemps par l'auteur aux rétrécissements organiques de l'urètre de s'affaisser quelques heures après l'introduction d'une sonde ou d'une bougie. Quand il s'agit d'un obstacle infranchissable par une bougie, au lieu de chercher à forcer violemment l'obstacle, il emploie de préférence les injections pratiquées avec la sonde conique ou avec une sonde fine en argent. Cette méthode, dont l'examen a été soumis à l'Académie de médecine de Belgique, a paru à la section chargée du rapport, préférable à la méthode plus lente suivie ordinairement, ainsi qu'au cathétérisme forcé de M. Mayor. (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, juin 1847.)

SCORBUT (*Nouvelles recherches sur l'état du sang dans le*), *démontrant que les symptômes qui caractérisent ordinairement cette maladie peuvent se produire sans être accompagnés nécessairement d'une diminution de la fibrine*. Dans un Mémoire présenté à l'Académie des sciences, et inséré depuis dans la *Gazette médicale*, n° 21, MM. Becquerel et Rodier ont publié plusieurs cas de scorbut, dont quelques-uns leur ont permis de constater l'état du sang. Il résultait de leur examen que le sang n'a offert chez aucun de ces scorbutiques les caractères de dissolution décrits par les anciens et regardés par eux comme constants. Ce sang était notablement appauvri en globules et en albumine soluble, et par conséquent plus riche en eau. La fibrine, que l'on devait s'attendre à trouver diminuée, ou au moins modifiée dans ses propriétés, était dans ses proportions normales, ou même sensiblement augmentée, et avait tous les caractères de l'état de santé. La seule modification qu'ils aient pu constater était une diminution considérable de la densité de ce liquide, diminution qui était loin d'être proportionnelle à l'abaissement du chiffre des matériaux solides du fluide sanguin. Pendant que MM. Becquerel et Rodier se livraient aux recherches qui les ont conduits à ces résultats, M. Andral observait un fait analogue, qui tendait également à établir que, contrairement à ce qui a été parfaitement constaté dans d'autres cas, le scorbut peut déjà traduire son existence par les symptômes les plus tranchés et les plus graves, sans que le sang se montre altéré, soit relativement à son aspect, soit relativement à la proportion de la fibrine.

Il s'agit d'un homme de soixante-un ans, qui, depuis plusieurs années, s'était progressivement affaibli, et qui, au moment de son entrée à l'hôpital, présentait tous les symptômes d'un scorbut déjà très-avancé. Des pétéchies nombreuses et de larges ecchymoses étaient disséminées sur les membres et sur le tronc. Du sang s'écoulait presque continuellement par les narines; les gencives étaient saignantes, et une forte congestion pulmonaire s'étant déclarée avec réaction fébrile, on pratiqua une petite saignée qui eut pour effet de soulager le malade. Le sang fut examiné. Je m'attendais, dit M. Andral, à trouver le sang diffluent et dissous ; mais, à mon grand étonnement, il n'en fut point ainsi : ce sang était, en effet, constitué par un petit caillot dense et résistant comme le caillot des phlegmasies. Ce caillot était recouvert d'une couenne parfaitement caractérisée; il était d'ailleurs d'un très-petit volume, et restait comme suspendu au milieu d'une grande quantité de sérum. Par son aspect ce sang ne ressemblait en rien à celui que présentent ordinairement les scorbutiques: il avait, au contraire, l'aspect du sang des chlorotiques. L'analyse fut parfaitement d'accord avec cette apparence physique. En effet, sur mille parties de sang donna :

En fibrine	4,420
En globules	44,400
En matériaux solides du sérum.	76,554
Eu eau	874,626
	1000,000

La fibrine, comme on le voit par les résultats de l'analyse, loin d'être moins abondante que dans le sang normal, s'était, au contraire, élevée au-dessus de sa moyenne physiologique.

La conséquence qui découle naturellement de ce fait, c'est que les symptômes qui caractérisent ordinairement le scorbut peuvent se produire sans être nécessairement accompagnés d'une diminution de la fibrine du sang. Ce n'est donc point dans cette diminution qu'il faut placer la cause prochaine du scorbut; ce n'est point même par elle qu'on peut expliquer plusieurs de ces

symptômes, et, en particulier, les nombreuses hémorrhagies qui coïncident constamment avec lui et le caractérisent. M. Andral pense que, sous ce rapport, comme sous plusieurs autres, on peut rapprocher le scorbut de la fièvre typhoïde. Comme la fièvre typhoïde, le scorbut peut se développer sans que le sang ait préalablement perdu de sa fibrine. Par conséquent dans le scorbut, comme dans la fièvre typhoïde, la diminution de la fibrine du sang ne serait une altération ni constante, ni nécessaire; elle ne serait qu'un effet, un résultat de modifications morbides ultérieures, résultat qui se produirait plus ou moins fréquemment, suivant la gravité de la maladie, sa durée, etc.

Quant à ce qui concerne la relation étiologique qui semblerait devoir exister entre les hémorrhagies scorbutiques et l'état de la fibrine, M. Andral croit pouvoir conclure de ces faits, que, bien que l'hémorrhagie et la diminution de la fibrine doivent se produire le plus souvent par l'intervention d'une cause commune, il n'y a en réalité, entre elles, qu'un simple rapport de coïncidence, et que l'une n'engendre pas l'autre. (*Gaz. médic.* et *Union méd.*, juin 1847.)

SCROTUM (*Gangrène du*), *par suite de la rupture de la tunique vaginale dans des cas d'hydrocèle.* Un homme, âgé de soixante-deux ans, était atteint d'hydrocèle vaginale du côté droit. L'impossibilité d'abandonner son travail lui fit remettre, de semaine en semaine, le traitement que réclamait son état. Entre temps, il fut obligé de faire évacuer la sérosité à plusieurs reprises. Appelé auprès de lui, M. Frédéricq constata que la tumeur avait six pouces à peu près dans son plus grand diamètre; la chaleur de la peau y était légèrement augmentée; il était impossible de faire glisser la peau sur l'hydrocèle distendue; on ne sentait plus la rénitence et la distension du kyste qui aurait dû contenir le liquide: toute la tumeur semblait ne former qu'un seul tout. Ce chirurgien pratiqua alors la ponction avec le trocart: elle donna issue à une pinte de sérosité citrine; toutefois, cet écoulement avait peu diminué le volume de la tumeur; celle-ci était moins tendue et le scrotum considérablement engorgé et empâté. Le patient était en pleine santé et ne présentait aucun œdème sur d'autres parties du corps; il se rappelait avoir plus fatigué la veille que d'habitude. Les bourses ne tardèrent pas à s'enflammer; cette inflammation ne fit que croître tous les jours et marcha avec une telle rapidité, qu'en peu de temps tout le scrotum était tombé en gangrène; celle-ci envahit la peau du périnée, jusqu'à un pouce de l'anus, elle s'étendit même aux aînes; de larges lambeaux gangrénés se détachèrent et mirent à nu une plaie très-étendue, au-devant de laquelle se trouvaient les testicules privés de leurs enveloppes. Le malade, qui était d'une forte constitution, échappa aux graves dangers qu'il avait courus, et la cicatrisation se fit rapidement.

Ce qu'il y a de plus particulièrement remarquable dans ce cas, c'est l'infiltration séreuse entre les tuniques du scrotum, infiltration qui est ordinairement liée, chez l'adulte, à l'ascite ou à un œdème général, et qui, chez ce malade, existait seule et parfaitement indépendante de toute autre lésion. Tout porte à croire, par conséquent, que l'infiltration, dans ce cas, était le résultat d'une cause toute locale. Cette cause, l'auteur croit la trouver dans une rupture spontanée de la tunique vaginale. Un cas analogue, publié par M. Pigeolet, dans les *Archives de la médecine belge*, et dans lequel cette rupture était manifeste, donne, en effet, une très-grande probabilité à cette hypothèse. Les cas de ce genre, heureusement assez rares, doivent néanmoins être pris en sérieuse considération quand il s'agit de supputer les conséquences probables et les accidents, plus ou moins graves, auxquels sont exposés les porteurs d'hydrocèles. (*Annales de la Flandre Occidentale*, et *Abeille*, juillet 1847.)

TRACHÉE-ARTÈRE (*Division de la*) *et de l'œsophage; guérison.* M. le docteur Sunckenberg rapporte l'histoire d'une jeune fille qui, ayant cherché à se suicider, s'était divisé la totalité de la trachée-artère et une partie de l'œsophage. Les aliments et les boissons passaient par la plaie. Une sonde œsophagienne fut introduite et laissée à demeure, et, malgré la gravité de la blessure, cette malade était complétement guérie au bout de cinq semaines. (*Zeitschrift für die Gesammte medicin*, et *Gazette médicale*, juin 1847.)

URÈTRITE (*Expériences tendant à*

démontrer l'inopportunité des diurétiques dans l'). M. le docteur Loreau, de Poitiers, dans une note adressée à l'Académie de médecine, s'est proposé de fixer l'attention des médecins sur les inconvénients de l'usage des diurétiques, et en particulier du nitrate de potasse, dans le traitement de la blennorrhagie ou urétrite vénérienne. Voici les expériences sur lesquelles il se fonde pour proscrire à l'avenir les diurétiques du traitement de la blennorrhagie.

Dans une première expérience, il recueillit l'urine excrétée dans les vingt-quatre heures par un individu bien portant, qu'il pouvait surveiller et dont il a dirigé l'alimentation, afin qu'elle restât la même pendant tout le temps de l'expérimentation. Il obtint, depuis l'excrétion du lever exclusivement, jusqu'au lendemain matin, après l'excrétion de la nuit :

Urine, 1,170 grammes d'une acidité légère, marquant à la température de 10° centigr., 3°5 à l'aréomètre de Beaumé.

100 grammes, évaporés à siccité, ont fourni de résidu 6 grammes ; ce qui fait, pour la quantité totale, un résidu de 70 grammes 20 centigr.

Une deuxième expérience consista à faire prendre au même individu, placé dans des conditions d'hygiène tout à fait identiques, un pot contenant 4 litres 1/2 de tisane d'orge légèrement sucrée. Dans le premier litre ingéré, on a fait dissoudre 5 grammes d'azotate de potasse; la quantité d'urine excrétée s'éleva à 4,250 grammes d'une acidité très-forte, marquant à la température de 10°, 2° 1/3 à l'aréomètre.

100 grammes après l'évaporation ont fourni de résidu 2 grammes 50 centigrammes; ce qui fait en totalité 106 grammes 25 centigr.

Troisième expérience.—Alimentation normale, sans l'adjonction de la tisane.—Urine, 1,257 grammes, acidité moins prononcée que la veille; 3°5 à l'aréomètre.

100 grammes donnent de résidu 6 grammes; ce qui fait pour le tout 75 grammes 42 centigr.

Quatrième expérience.—Même hygiène que lors des expériences précédentes.—Ingestion de 4 litres 1/2 de tisane d'orge sans adjonction du sel de nitre. Quantité d'urine, 4,100 grammes, 1° 2/10 à l'aréomètre : acidité presque nulle. L'évaporation de 100 grammes = 1 gramme 30 cent.; résidu absolu : 53 grammes 30 cent.

Ainsi, les principes constitutifs de l'urine, qui sont tous plus ou moins irritants, se trouvent moitié moins abondants, quand on s'est contenté de prescrire les boissons délayantes à l'exclusion du nitre; d'où la conséquence forcée, que les malades souffriront moitié moins lorsqu'ils urineront.

Mais, il y a plus encore, ajoute M. Loreau, c'est que les urines que produisent les diurétiques ont offert une acidité très-forte, tandis que celles qui sont le produit de la quatrième expérience sont neutres ou à peu près.

La conséquence que l'auteur déduit de ces expériences, c'est la proscription de tout diurétique en général, et du nitrate de potasse en particulier, du traitement de la blennorrhagie; *car, c'est bien moins de l'urine que de l'eau*, dit-il, *qu'il faut faire pisser aux malades*. (*Union médicale*, juin 1847.)

URÉTROTOMIE. *De l'utilité de la boutonnière urétrale dans les cas de déchirure du canal, avec dépôts urineux.* Dans un travail soumis à l'Académie de médecine de Belgique, M. le docteur Didot expose les résultats de sa pratique en ce qui concerne l'opération de la *boutonnière* ou de l'urétrotomie, qu'il a pratiquée avec succès dans trois cas de contusions et de déchirures du canal de l'urètre avec dépôts urineux. Voici, dans ces trois cas, ce qui motivait l'opération. Il s'agissait d'obvier à tous les inconvénients primitifs et secondaires; il s'agissait d'assurer un libre écoulement à l'urine, et de lui procurer une issue plus facile et plus sûre que celle que lui offraient les voies naturelles délabrées; il s'agissait enfin de mettre les parties blessées dans des conditions favorables à l'accomplissement du travail de la cicatrisation, et subsidiairement de soustraire les patients aux inconvénients de la sonde à demeure. L'auteur a retiré de la *boutonnière*, dans tous ces cas, tous les bénéfices qu'il s'en était promis. En pratiquant l'urétrotomie, M. Didot a eu la précaution de faire l'ouverture infundibuliforme, et de lui donner à l'extérieur des dimensions à peu près doubles de celles que présentait la paroi urétrale à l'intérieur de ce canal. Il recommanda en outre à ses opérés d'avoir l'attention de comprimer le périnée au-devant

de la boutonnière, à chaque émission de l'urine, de manière à forcer ce liquide à jaillir au dehors, sans que la moindre gouttelette s'introduisît dans la partie antérieure du canal. Au moyen de cette double précaution, qu'il considère comme essentiellement indispensable, la guérison fut rapide et sans le plus petit accident.

L'auteur, se fondant sur ces faits, a cru pouvoir formuler les propositions suivantes :

1° Les ouvertures artificielles du canal de l'urètre, pratiquées surtout par l'instrument tranchant, guérissent sans difficulté et avec promptitude.

2° La présence de la sonde à demeure dans le canal de l'urètre fatigue ordinairement, irrite souvent et devient fréquemment insupportable, soit à cause des douleurs qu'elle développe, soit à cause des accidents qui en sont la conséquence.

3° Les mucosités sécrétées pendant le séjour de la sonde s'opposent à la cicatrisation des déchirures urétrales.

4° Le passage de l'urine à côté de la sonde compromet souvent la cure des déchirures urétrales et les transforme fréquemment en fistules véritables.

5° La boutonnière, qui est considérée par les auteurs comme exempte de dangers, et qui, malgré cela, n'est admise par eux que comme moyen extrême, doit être employée dans la majorité des cas de déchirures urétrales ou de dépôts urineux.

6° Dans un grand nombre de rétrécissements, ou même dans d'autres maladies de l'urètre, la boutonnière sera d'un grand secours pour arriver à la cure radicale des coarctations ou d'autres accidents.

M. Didot croit en outre que la boutonnière est destinée à recevoir par la suite de nouvelles applications, qu'on pourrait l'employer par exemple dans l'opération de la lithotritie, pour abréger le chemin que doivent parcourir les instruments, et pour éviter la plus grande partie des obstacles qui arrêtent la marche des lithotriteurs. C'est une sorte de compromis ou de fusion que propose M. Didot, entre la taille et la lithotritie, en prenant ce qu'elles ont de bon l'une et l'autre, et laissant de côté ce qui entraîne le plus de chances fâcheuses.

Tout en faisant quelques réserves à l'égard de quelques-unes de ces propositions qui lui ont paru un peu absolues, la section de l'Académie à laquelle incombait le soin d'examiner le Mémoire de M. Didot a adopté le principe sur lequel reposent ces propositions, et elle reconnaît avec l'auteur que l'opération de la boutonnière, beaucoup trop négligée par les chirurgiens, peut rendre d'utiles services, notamment dans les cas de rétrécissements traumatiques. (*Bulletin de l'Académie royale de méd. de Belgique*, juin 1847.)

VEGETATIONS. *Remarques pratiques sur les végétations chez la femme.* Aucun sujet ne peut offrir plus d'intérêt que celui traité par MM. Boys de Loury et Costilhes, sous le titre que nous venons de transcrire. On ne saurait trop fixer l'attention du praticien sur ces végétations vulgairement nommées poireaux, crêtes de coq, choux-fleurs, etc., que l'on rencontre sur les organes génitaux. Pour beaucoup de médecins, en effet, la présence de ces excroissances coïncidant le plus souvent avec un écoulement abondant, des excoriations, dénote à n'en pas douter la présence du virus syphilitique. Rien cependant n'est moins absolu que cette proposition, et souvent un jugement trop hâtif a jeté dans des familles une cause de désunion que le médecin, avec un peu de réserve et de circonspection, aurait dû éviter.

En effet, sous l'influence soit d'irritations anormales, comme l'abus de certains plaisirs, l'emploi intempestif de lotions irritantes, etc., soit d'irritations toutes physiologiques, comme celle résultant, par exemple, de l'état congestif survenant lors de la grossesse, on peut voir se développer des excroissances ayant toute l'apparence de celles qui accompagnent l'infection syphilitique.

Nous pouvons ajouter que chez l'homme aussi on peut rencontrer cette affection sans pouvoir l'attribuer à la vérole, ainsi que nous l'avons vu souvent, soit sur des jeunes gens qui ne prenaient pas assez de soins de propreté, soit encore coïncidant avec une blennorrhagie, et dans ce cas, elle était la suite de l'irritation causée par le continuel contact de la nature blennorrhagique. MM. Boys de Loury et Costilhes appellent ces végétations *primitives*, et celles qui dépendent de l'infection syphilitique sont désignées sous le nom de *consécutives*. Les auteurs étudient

les caractères physiques de ces excroissances et les accidents déterminés par leur présence. Ils décrivent aussi une variété qu'ils appellent *végétations rouges*, occupant rarement la peau, ayant spécialement leur siége sur la muqueuse et leur point de départ à la commissure postérieure de la vulve ou la base des petites lèvres. D'une couleur rouge plus ou moins foncée, ces végétations affectent une forme globulaire; elles sont peu saillantes, saignent au moindre contact, et repullulent avec la plus grande facilité. Ce sont ces végétations que l'on rencontre surtout chez les femmes enceintes. Les auteurs paraissent, sans cependant se prononcer, admettre que ce genre de végétation n'a pas pour cause la syphilis.

Nous ne rapporterons pas deux observations citées comme exemple de l'extension extraordinaire que peuvent acquérir les végétations, les cas de ce genre sont assez fréquents dans la pratique.

Les auteurs terminent par quelques considérations sur le traitement de cette affection. Ils donnent la préférence à l'excision, et de plus ils conseillent, avec raison suivant nous, de pratiquer cette opération dès que le malade se présente. Suivant eux, il n'y a pas lieu d'attendre la fin de l'administration des remèdes antisyphilitiques, parce que, disent-ils, dans l'immense majorité des cas, les végétations ne connaissent pas pour point de départ le virus syphilitique; ensuite, bien que les végétations soient jugées syphilitiques, il faut se hâter d'en débarrasser le malade, en raison de la facilité qu'elles mettent à s'accroître et à se multiplier. Disons en terminant que nous n'accordons pas à l'excision une préférence aussi exclusive. Ainsi, nous avons eu occasion de traiter, par l'excision, de ces tumeurs, qui n'étaient évidemment pas syphilitiques, et les voyant se reproduire quatre et cinq fois, nous avons eu recours avec le succès le plus complet à l'application d'une poudre composée parties égales d'alun et de sabine. En très-peu de jours nous avons obtenu la guérison, sans jamais avoir vu survenir le moindre accident.

En résumé, le travail de MM. de Boys de Loury et Costilhes nous a paru mériter cette brève analyse, surtout parce qu'il nous donnait occasion d'insister sur l'étiologie variable de ces végétations, que l'on est si facilement disposé à considérer comme étant toujours d'essence syphilitique. (*Union médicale*, mai 1847.)

VERS INTESTINAUX (*Signes encore peu connus de l'existence des*). *Indications d'un traitement général.* M. Ch. de Hubsch signale à l'attention des praticiens les signes suivants de la présence des vers dans les intestins, comme n'ayant pas encore été appréciés autant qu'ils le méritent. Ces signes sont l'aspect particulier de la langue, la salivation avec écume et le claquement des dents.

La langue, chez les sujets atteints d'helmintose, dit M. Hubsch, est ordinairement recouverte d'un enduit blanchâtre, parsemé de points rouges. Ces points ont tantôt la grosseur d'une tête d'épingle, tantôt ils sont très-petits et réunis en groupes, de manière à former de petites plaques rouges sur un fond blanc; plus confluents vers les bords et l'extrémité de la langue, rarement ils en envahissent le dos. Ils sont constitués par un certain état d'irritation sympathique de cet organe, par l'érection de ses papilles, plus sensibles vers les bords et l'extrémité qu'au centre. L'auteur dit avoir rencontré souvent ce signe dans une épidémie vermineuse qui régna à Naples en 1846, et souvent ce seul symptôme suffit pour le mettre sur la voie de la maladie qu'il avait à traiter. La salivation est plus abondante que de coutume, elle est même une cause de gêne pour le patient; soit qu'il parle ou qu'il rie, la salive inonde sa bouche et souvent s'écoule en dehors. Durant le sommeil, elle tombe doucement de la bouche entr'ouverte du patient et mouille son oreiller; souvent elle est écumeuse et blanche lorsque les mâchoires ont été longtemps en mouvement. Le claquement des dents a lieu pendant le sommeil, il a un caractère particulier, qu'il serait impossible d'imiter dans l'état de veille: ce claquement a lieu par intervalles plus ou moins longs; les muscles de la face sont, durant le temps qu'il se fait, dans un état de spasme; on rencontre ce dernier symptôme sur les individus affectés de vermination, au moins neuf fois sur dix.

M. Hubsch ne prétend pas que ces trois phénomènes constituent à eux seuls toute la symptomatologie des affections vermineuses; mais il affirme que leur présence est d'un se-

cours puissant dans le diagnostic de ces maladies. Il n'attache pas la même importance à un caractère signalé par le docteur Vincenzio Lanza, de Naples, et qui consiste dans la possibilité de percevoir, à l'aide du stéthoscope appliqué sur la région ombilicale, le bruit déterminé par le mouvement des vers dans les intestins; quelque soin qu'il ait apporté à ce genre d'exploration, il n'a pu parvenir à s'assurer de la réalité de ce signe.

En ce qui concerne le traitement, M. Hubsch insiste sur un point important. L'indication à remplir, dit-il, n'est pas seulement de débarrasser le patient de ces hôtes incommodes, il faut encore traiter la constitution individuelle pour empêcher leur nouvelle formation. Admettant la *formation spontanée des vers*, il pense que le but principal, où doivent tendre tous les efforts des praticiens, est de corriger cet état de la constitution en vertu duquel les vers se reproduisent. Celui, il croit qu'on peut l'atteindre aisément par les toniques, et surtout par les préparations martiales, dont l'usage doit être longtemps et exactement suivi. (*Abeille médicale*, juillet 1847.)

VOIES URINAIRES (*Des principes qui doivent guider dans le traitement de quelques-unes des affections des*). M. le docteur John Aldridge, dans un Mémoire publié dans *The Dublin hospital Gazette*, cherche à démontrer l'inutilité du traitement chimique pour les altérations des urines, et conseille de suivre, dans le traitement de ces affections, les principes ordinaires de la thérapeutique, c'est-à-dire de combattre, par les moyens appropriés, les diverses lésions qui les accompagnent, et qui ne diffèrent en rien de celles que l'on observe dans les autres parties de l'organisme, telles que les inflammations plastiques et suppuratives, la goutte, le rhumatisme, les altérations de nutrition, de sécrétion et d'innervation. Bien que l'auteur reconnaisse la difficulté d'appliquer cette méthode à toutes les maladies des voies urinaires, à cause des conditions particulières, relatives à la conformation et à la texture des organes, dans lesquelles doivent être employés les différents moyens thérapeutiques, il a cru pouvoir tracer quelques préceptes, dans lesquels il tient compte à la fois, et de la nature de l'affection, et des signes fournis par les urines. Nous reproduirons sommairement ces préceptes, pour quelques-unes des principales affections urinaires.

Traitement du diabète insipide, ou de la sécrétion abondante de l'urine, sans altération de ses éléments solides : emploi à l'intérieur des antispasmodiques et des toniques minéraux, combinés avec l'application à l'extérieur de liniments stimulants sur l'épine.

Traitement des dépôts d'acide urique. Lorsque les dépôts d'acide urique sont cristallisés, en prismes rhomboïdes, on doit y voir la preuve que le rein est sous l'influence d'une affection goutteuse; et comme le danger le plus immédiat est la formation d'un calcul, on doit immédiatement prescrire le bicarbonate de soude ou de potasse, à la dose de 6 décigrammes à 1 ou 2 grammes dans une pinte d'eau, trois fois par jour, de manière à ce que l'urine devienne neutre ou alcaline. Cet effet obtenu, c'est vers la cause de ces accidents que doit se porter l'attention : si l'urine est albumineuse ou sanguinolente, et qu'il y ait des douleurs vives dans les reins, on reconnaîtra la forme inflammatoire de la goutte, et on aura recours à un traitement antiphlogistique local; dans un autre cas, on devrait employer, soit le colchique, soit tout autre moyen jugé convenable dans une attaque de goutte.

Lorsque le dépôt d'acide urique est amorphe, sa précipitation dépend, soit d'une sécrétion excessivement abondante des éléments solides de l'urine, soit d'une diminution dans la quantité des éléments aqueux. Dans le premier cas, ce symptôme se lie ordinairement au rhumatisme du rein. Le traitement doit alors être dirigé d'après cette donnée, et en même temps on doit chercher à maintenir à l'état de solution les urates qui abondent, par l'emploi des alcalis. L'iodure de potassium est le moyen qui remplit le mieux ces deux indications, et, donné à la dose de 5 à 10 grains, trois fois par jour, il amène habituellement une notable amélioration. Le dépôt des urates amorphes, par l'insuffisance de l'eau, se lie à une irritation idiopathique ou symptomatique des reins, qui s'accompagne d'un mouvement fébrile, ou à une diminution de l'influence nerveuse. Dans le premier cas, les

moyens qui peuvent diminuer l'irritation fébrile doivent augmenter la sécrétion urinaire et amoindrir le dépôt urique. Dans le second cas, l'administration à l'intérieur de 12 décigrammes d'alun dans 250 grammes d'eau, trois fois par jour, no tardera pas à faire disparaître les dépôts d'urate.

Traitement des dépôts de phosphate. Lorsque ces dépôts sont cristallisés, ils dépendent habituellement de ce que l'urine n'est point assez acide. Le traitement à employer dans ce cas est celui qui est indiqué pour les urines alcalines.

Traitement des dépôts d'oxalate de chaux. L'irritation de la muqueuse des uretères, quelle que soit d'ailleurs sa cause, qu'elle soit idiopathique, ou qu'on la considère comme un résultat mécanique du contact des cristaux anguleux d'oxalate, ce que l'auteur met en doute; cette irritation, disons-nous, constitue la lésion que l'on doit surtout combattre dans les cas de diathèse d'oxalate de chaux. Mais les antiphlogistiques et les émollients, qui conviennent si bien dans l'inflammation aiguë, ne conviennent point dans ce cas. On devra, dit M. Aldridge, avoir recours immédiatement aux toniques, tels que les acides minéraux, les amers, les astringents, etc.; et lorsqu'on les aura continués pendant quelque temps, on se trouvera très-bien de l'emploi des alcalis fortement étendus. Il sera souvent utile d'alterner pendant longtemps ces deux méthodes de traitement ; mais, dans tous les cas, on n'obtiendra de résultat sérieux et définitif qu'après avoir persisté longtemps dans l'emploi des moyens qu'elles comprennent. Voici la formule de la potion que l'auteur emploie souvent dans ce cas :

Pr.	Infusion de quinquina.	180 gramm.
	Nitrate de potasse.	4 gramm.
	Acide nitrique étendu.	6 gramm.
	Teinture d'opium.	4 gramm.

A prendre deux cuillerées à la fois, trois fois par jour.

Traitement pour l'urine albumineuse. Que l'albuminurie soit produite par l'altération granuleuse du rein, ou par l'inflammation aiguë de la muqueuse de l'uretère, maladies que l'auteur considère comme étant au fond de même nature, les moyens de traitement seront à peu près semblables. Ce seront les déplétions sanguines locales et générales, l'émétique à des doses nauséeuses, les purgatifs, les bains chauds, et enfin tous les moyens auxquels on a recours dans le traitement des inflammations aiguës des organes internes. Après l'usage des moyens les plus énergiques, on se trouve très-bien, dans ces deux cas, de soumettre les malades à la médication alcaline, que l'on devra continuer pendant longtemps, et de recourir enfin à la médication révulsive et surtout au séton lorsque la détérioration des forces et l'appauvrissement du sang obligeront à ménager l'emploi des moyens actifs.

Traitement du diabète sucré. Attribuant la production du sucre à une modification de la sécrétion de l'épithélium, résultant elle-même d'un état asthénique de l'appareil urinaire, l'auteur conseille et prescrit, dans le traitement de cette maladie, les moyens les plus propres à relever le ton des capillaires sécréteurs, et à rappeler la transpiration cutanée ordinairement supprimée, tels que les balsamiques, l'ammoniaque, la strychnine et d'autres excitants. Quand, au contraire, les fonctions de la peau ne sont pas interrompues, il retire un grand avantage de l'administration à l'intérieur des ferrugineux, de l'alun, du sulfate de zinc, et des autres astringents métalliques. Enfin, tous les moyens diététiques propres à augmenter la force des malades doivent être joints aux moyens qui précèdent.

Traitement indiqué par l'acidité de l'urine. L'acidité de l'urine étant le signe d'une néphrite, on traite celle-ci différemment, suivant qu'elle est aiguë, chronique, ou qu'elle complique la fièvre typhoïde. Dans le premier cas, on règle l'emploi des évacuations sanguines, locales ou générales, et l'administration des émollients ou des stimulants, d'après la gravité de la maladie et l'état de la constitution. L'auteur dit avoir observé des résultats très-avantageux, dans ce cas, de l'emploi de fortes doses (12 décigrammes) d'hydriodate de potasse. Dans la néphrite chronique on retirera des effets favorables des évacuants et des révulsifs locaux, et surtout de l'application de sétons au voisinage de l'organe malade. Dans la complication néphrétique de la fièvre typhoïde, on se trouve bien de l'application de larges vésicatoires sur les reins, et de l'administration du vin à l'intérieur.

Dans ces cas encore, de petites doses d'huile de térébenthine augmentent souvent la quantité et rétablissent l'acidité de l'urine. (*The Dublin hospital Gazette*, et *Revue médico-chir.*, mai 1847.)

VARIÉTÉS.

En écrivant notre dernier article, nous étions loin de croire que la Chambre des pairs, après avoir passé près d'un mois à l'examen des onze premiers articles de la loi, se montrerait aussi impatiente qu'elle l'a été. Quelques séances, en effet, lui ont suffi pour adopter les nombreux articles qu'elle avait encore à discuter, et la discussion même, d'étendue et de solennelle qu'elle avait été jusqu'alors, a complètement dégénéré en une causerie parlementaire, sans intérêt et sans valeur.

Nous ne suivrons pas la noble Chambre dans cette discussion étroite, dans ces votes au pas de course où l'adoption des articles se succédait avec une rapidité extrême. La Chambre, excédée, succombant sous la fatigue des précédentes séances, semblait n'aspirer qu'à arriver rapidement au dernier article, et c'est avec une joie non équivoque, qu'elle a accueilli l'annonce du vote sur l'ensemble de la loi.

Il est résulté de cette précipitation un travail confus, amorphe, sans cohésion, sans ensemble, où des dispositions bonnes et utiles se trouvent neutralisées par des décisions vraiment déplorables, où la somme du mal l'emporte sur celle du bien ; un travail à refaire, en un mot, et qui devenu exécutoire, loin d'améliorer notre position morale et matérielle, ne ferait que l'aggraver au contraire. Ajoutons que l'intérêt social, qui a si vivement et si légitimement préoccupé la Chambre, a été tout autant sacrifié que l'intérêt professionnel; et cela devait être, car le plus inintelligent préjugé peut seul ne pas reconnaître qu'il n'est pas d'amélioration réclamée par le corps médical qui ne tourne au profit de la société tout entière.

Nous n'avons pas à énumérer les articles successivement adoptés par la Chambre, indiquons seulement ceux qui ont reçu quelques modifications ou qui n'ont pas été accueillis.

Le gouvernement et la commission demandaient que le praticien domicilié dans une commune où il n'y a point de pharmacien à une distance de quatre kilomètres, pût tenir des médicaments. Le Congrès avait demandé que cette distance fût de huit kilomètres. La Chambre a pris un juste milieu et a adopté six kilomètres.

La Commission avait introduit un article qui prohibait toute annonce médicale, prospectus, affiches, enseignes. Cet article a soulevé un orage. Les uns y ont vu une atteinte à la liberté de la presse ; les autres à la liberté du commerce. Vivement combattu par un grand nombre de pairs, vigoureusement défendu par la Commission, le gouvernement est resté neutre, et une immense majorité a rejeté cette disposition qui, peut-être trop absolue dans sa forme, n'en consacrait pas moins un principe qui était digne de toute la sollicitude du législateur.

En revanche, la Chambre a adopté un article incroyable, qui sanctionne les innombrables abus dont la profession médicale à tant à se plaindre, et qui cause un si grand dommage aux populations. Cet article est ainsi conçu :

« Pourront n'être pas considérés comme constituant le délit d'exercice illégal de la médecine, les conseils et les soins donnés gratuitement aux malades, et dans un but charitable. »

Les médecins cantonaux ont été adoptés, mais sous la désignation de *médecins de charité*, titre équivoque, et qui pourra bien n'être accepté ni par le médecin ni par le malade.

Telles sont les modifications principales adoptées par la Chambre des pairs sur le projet de loi de la Commission dont nous avons donné le texte à nos lecteurs.

Serons-nous plus heureux devant la Chambre des députés? Il faut le croire et l'espérer, aujourd'hui surtout qu'une voix éloquente et dévouée pourra se faire entendre dans cette enceinte. C'est un pauvre résultat que

nous avons obtenu ; mais dans ces temps de luttes et de difficultés, la victoire ne reste qu'au courage persévérant, et, loin de nous décourager, nous devons au contraire redoubler d'efforts et de zèle pour ramener à nos idées le plus grand nombre possible d'influences sociales.

M. de Salvandy, avant de présenter à la Chambre des députés le projet de loi adopté par la Chambre de pairs, a voulu consulter les corps enseignants sur quelques points de ce projet. Le 9 de ce mois, la Faculté de médecine de Paris, réunie pour délibérer sur cette circulaire, a agité et résolu la question du concours. Seize professeurs étaient présents : cette grande institution, vivement attaquée par deux professeurs, a été chaudement défendue par la majorité. Une réponse favorable au maintien du concours a été faite; treize professeurs ont voté pour, trois contre. Ont voté pour : MM. Orfila, Marjolin, Bouilland, Piorry, Bérard, Gerdy, Blandin, Roux, Velpeau, Denonvilliers, Duméril, Cloquet; ont voté contre : MM. Andral, Chomel, Fouquier. Ce vote aura, nous n'en doutons pas, une grande influence sur la Chambre des députés.

L'Académie royale de médecine vient de faire une perte irréparable dans la personne de M. Pariset, enlevé, encore plein de force et de talent, dans sa soixante-dix-septième année. Le concours nombreux de médecins, de savants, de littérateurs, d'artistes et de gens du monde, qui s'est empressé pour rendre les derniers honneurs au célèbre secrétaire perpétuel de l'Académie, témoigne des sympathies profondes qu'il avait obtenues de toutes les classes de la société. Voici un passage du discours remarquable prononcé sur la tombe de cet homme excellent et distingué, par M. Reveillé-Parise : « Cependant j'ai hâte de le dire, ce qui contribua le plus à faire ressortir la variété de ses connaissances, l'éclat et la fécondité de son esprit, ce furent les éloges qu'il prononça à notre Académie. M. Pariset semblait né pour ce genre d'éloquence : il en avait le goût, le génie, la spontanéité, presque comme La Fontaine eut celui des fables. C'est, en effet, dans ces *Eloges* qu'il a prodigué les trésors de son immense savoir, de sa grande et belle imagination. Nul n'a mieux expliqué par la science, par le caractère élevé, par la patience active et courageuse, la fortune et la célébrité de ceux qu'il a loués. Quelle profusion de richesses scientifiques, littéraires et philosophiques ! quelle variété de tons et de formes! Combien de choses profondément senties et spirituellement exprimées! Combien de vues ingénieuses, de piquants aperçus, de réflexions savantes, de pensées graves et fines! combien enfin de leçons et de solide instruction ne trouve-t-on pas dans ces *Eloges*, magnifique monument élevé à l'honneur de la science et à la gloire de notre Académie! Plus on les lit et plus on reste convaincu de deux choses : que les grandes, que les bonnes idées sont la source des belles phrases, et que le style, loin d'être un ornement indifférent à la vérité, sert au contraire à son triomphe. Heureux les corps savants de rencontrer de ces natures supérieures auxquelles puisse se conférer le grand et difficile devoir de les apprécier, de les représenter par leurs plus larges aspects, et de les faire valoir dans les hommes qui les ont illustrées! C'est là ce qu'a fait notre cher Pariset, pendant près de trente ans, avec un éclat, avec une verve, une hauteur d'inspiration éloquente dont nul de nous, par affection et par reconnaissance, ne perdra le souvenir. »

La vacance du fauteuil de secrétaire perpétuel est une circonstance grave pour l'Académie, et qui exige d'elle les plus mûres réflexions. Du secrétaire perpétuel dépendent, en grande partie, l'influence, la considération des compagnies savantes. Le règlement dispose que la nomination aura lieu un mois après la déclaration de la vacance. Dans la dernière séance le président a fait, au nom du Conseil d'administration, la déclaration de cette vacance et a annoncé que la nomination du secrétaire perpétuel aurait lieu le 24 août prochain.

L'héritage académique de M. Pariset paraît devoir être vivement disputé; parmi les compétiteurs nous avons distingué MM. Reveillé-Parise, Dubois (d'Amiens), Bousquet et Royer-Collard.

M. Casimir Broussais, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, vient de succomber à l'âge de cinquante-cinq ans. Ses obsèques ont eu lieu au milieu d'un nombreux concours de médecins et de chirurgiens. Une députation d'agrégés en costume, ayant en tête M. le doyen, représentait la Faculté. Les professeurs et les chirurgiens élèves du Val-de-Grâce, ainsi qu'un grand nombre des chirurgiens militaires de la garnison de Paris, étaient venus rendre un dernier hommage à celui qui fut pendant vingt ans un de leurs collègues les plus estimés, un de leurs maîtres les plus chers. Le ministre de la guerre, revenant sur l'étrange décision de l'un de ses prédécesseurs, avait envoyé deux compagnies de ligne et un peloton de soldats infirmiers du Val-de-Grâce.

Le Conseil des hôpitaux de Paris a décidé que le buste de M. Lisfranc serait placé à l'hôpital de la Pitié.

Voici les mutations survenues dans les services de chirurgie des hôpitaux par la mort de M. Lisfranc: M. Laugier passe à la Pitié, M. Hugier à l'hôpital Beaujon, et M. Cullerier, à l'hôpital de Lourcine, en remplacement de M. Hugier.

M. Chassaignac vient d'être nommé chirurgien de l'hôpital des Enfants.

Le concours pour quatre places de médecins du Bureau central des hôpitaux est terminé; ont été nommés: MM. Pidoux, Cazalis, Tardieu, Legendre.

Le gouvernement réclame, à l'art. 3 du budget de cette année (section du ministère de l'instruction publique) une somme de 2,800 fr., pour élever de 4,800 à 5,000 fr. le traitement des quatorze professeurs de la Faculté de médecine de Strasbourg, en appuyant cette demande de la comparaison entre les traitements de ces derniers et ceux des professeurs de la Faculté de Montpellier, qui reçoivent 5,000 fr. La commission du budget ne paraît pas favorable à cette demande. Nous ignorons, dit-elle, à quelle époque remonte cette inégalité et quelle en fut la cause; mais certainement le moment ne nous paraîtra pas bien choisi pour la faire disparaître; nous sommes donc d'avis de ne pas allouer les 2,800 fr.

Le service des infirmiers, dans certains hôpitaux de la marine, est confié à des condamnés. La commission du budget de cette année présente sur cet abus des réflexions que nous nous empressons de reproduire. « Qu'on se reporte par la pensée près du lit de ce pauvre malade, affaibli par la souffrance, qui cherche et demande des consolations, qui a souvent besoin de s'épancher, quelquefois de confier un secret, et dont la pensée attristée, la tête affaiblie, ne rencontrent souvent que le regard du condamné flétri préposé à sa garde. Comment ne comprend-on pas que cet état de choses a duré trop longtemps, et qu'il est temps de le modifier? Nous aimons à penser que la Chambre s'associera à notre demande, en priant M. le ministre de remplacer partout, dans le service des hôpitaux, par des infirmiers libres, ce qu'il peut y avoir encore de condamnés exerçant cette fonction près des malades. »

M. Ricord vient d'être nommé membre de l'Académie de médecine de Stockholm, et chevalier de l'ordre de Gustave Wasa.

Il résulte des tables de mortalité en Angleterre une donnée curieuse, savoir : que le soldat combattant sur la tranchée d'une ville assiégée, ou sur le champ de bataille, en présence des plus braves de ses ennemis, est exposé à moins de chances de mort que l'habitant de certaines villes manufacturières d'Angleterre, telles que Manchester, Liverpool, etc. La chance de mort au siége d'Anvers était comme 1 à 68 ; au siége de Badajoz, 1 à 54 ; à la bataille de Waterloo, 1 à 30. Pour l'ouvrier de Liverpool, la chance de mort est comme 1 est à 19 ; pour le tisserand de Manchester, comme 1 est à 17 ; pour le coutelier de Scheffield, comme 1 est à 14.

« Une effrayante mortalité décime les prisonniers dans la maison centrale de Clairvaux. Sur 1,968 détenus, il y avait, au 24 mai, 363 malades et 105 convalescents. 60 décès ont eu lieu pendant le mois d'avril, et on en compte 57 du mois d'avril aux derniers jours de mai. Sur 410 femmes. il y en avait 119 malades; enfin 117 personnes sont mortes en moins de soixante jours, et plus de 500 décès ont été constatés, en trente-deux mois, sur 5,000 détenus. La santé de la garnison et de la population voisine de Clairvaux est excellente; ce serait donc au régime intérieur de la prison qu'il faudrait attribuer cette mortalité extraordinaire. »

Des influences très-fâcheuses, et qu'il serait difficile de préciser, empêchent encore une fois la translation de l'horrible voirie de Montfaucon. L'année dernière, les habitants des quartiers voisins eurent un moment d'espérance; des travaux avaient été commencés, une pompe à feu aspirante et foulante avait été établie pour renvoyer à Bondy le produit des vidanges de Paris. Mais aujourd'hui tout est de nouveau suspendu, et les dix bassins de cette piscine continuent d'infecter deux arrondissements de Paris et six villages environnants. Quand donc la santé des habitants de Paris, compromise par cet état de choses, éveillera-t-elle la sollicitude de nos administrateurs?

Le *Censeur de Lyon* contient la lettre suivante : « J'ai toujours vu que vos colonnes étaient ouvertes aux justes réclamations; voici ce qui vient de m'arriver. Ma femme, qui est gravement malade depuis longtemps, n'ayant pas le moyen de payer un médecin, a été aujourd'hui (15 juin) à la visite de l'hospice des vieillards de la Guillotière, visite gratuite; le médecin lui a fait une ordonnance. Les sœurs ont prétendu qu'il fallait acheter à leur pharmacie les remèdes, dont le coût était à peu près de 3 francs; mais comme ma femme ne possédait pas cette somme, les sœurs, dites de charité, se sont emparées de l'ordonnance et lui ont dit : « Quand on vient à la visite ici, ce n'est pas pour acheter les remèdes ailleurs. » Ainsi, je vous prie d'avoir la bonté de me dire si, à l'hospice, on donne d'une main aux pauvres pour leur retirer de l'autre; si les consultations ne sont gratuites qu'à la condition qu'on nous vendra les médicaments dont les prix seront sans concurrence et sans contrôle. « CAVAILLON. »

M. le conseiller d'état Erdmarnn, professeur de géologie à l'Université impériale de Dorpat, qui en ce moment voyage dans le midi de la Russie, vient de découvrir, dans un terrain situé dans les environs septentrionaux d'Odessa, beaucoup de squelettes et d'ossements fossiles d'animaux, tous de dimensions énormes. Les squelettes sont au nombre de quatre-vingt-trois, savoir : six éléphants, un de rhinocéros, deux d'individus d'espèce bovine, quatre de cerfs, un d'antilope, soixante-un d'ours, deux d'hyènes, deux de chiens, trois de chats et un d'un animal ruminant inconnu. Ces squelettes, ainsi que les ossements, se trouvaient immédiatement au-dessous d'une épaisse couche calcaire. La découverte faite par M. Erdmarnn est d'autant plus remarquable, que jusqu'à présent on n'a trouvé en Russie que peu ou point de débris du règne animal antédiluvien.

La population générale de tous les établissements d'aliénés des Etats-Unis était de 3,377 malades au 1er janvier. De nouveaux médecins ont été depuis placés à la tête de quelques-uns de ces établissements; ce sont MM. Andrew Marc Farland, médecin de l'asile des aliénés de New-Hampshire; G. Chandler, médecin de l'hospice d'aliénés de l'état de Massachusetts; John Foenrden, médecin de l'hospice du Maryland ; J.-W. Parker, médecin de l'asile des aliénés de la Caroline du Sud; T.-F. Green, médecin de l'asile d'aliénés de la Géorgie; J.-S.-M. Nairy, médecin de l'asile des aliénés du Tennessée. Deux nouveaux asiles sont en construction, l'un à Indianapolis, dans l'Indiana, dont M. John Evans a été nommé médecin, et l'autre à Trenton, dans le New-Jersey.

Le sultan vient de rendre à Constantinople un décret qui ordonne, dans toutes les différentes parties de l'empire, l'usage de la vaccine pour les enfants qui viennent au monde. Cette mesure est regardée comme une des plus importantes qu'ait encore produites la réforme dans l'empire Ottoman.

M. Fouilloy, inspecteur général du service de santé de la marine, est appelé à faire partie de la haute Commission des études médicales.

Le Conseil d'État vient de rendre une décision importante en ce qui concerne les médecins appelés à remplir des fonctions municipales. M. le docteur Guépin, de Nantes, nommé conseiller municipal aux dernières élections, avait vu sa nomination cassée par le Conseil de préfecture, pour cause d'incompatibilité entre les fonctions de conseiller municipal et celles de professeur de l'École de médecine. M. Guépin ayant interjeté appel au Conseil d'État, celui-ci vient de décider que la fonction de professeur, exercée par ce médecin, ne le rangeait point dans la catégorie des salariés de la commune. En conséquence, il a cassé la décision du Conseil de préfecture de la Loire-Inférieure.

M. Gervais, chargé du cours de zoologie et d'anatomie comparée à la Faculté des sciences de Montpellier, et M. Dumas, professeur agrégé de la Faculté de médecine, tous deux docteurs ès sciences, ont été présentés à M. le ministre de l'instruction publique pour la chaire vacante. M. Gervais est le candidat porté en première ligne par la Faculté des sciences, et M. Dumas est le premier candidat porté par le Conseil académique.

Selon un journal anglais, M. Cosse, connu par ses expériences sur l'électricité, a réussi à rendre l'eau de mer potable, au moyen d'un procédé dont l'électricité forme la base. On assure qu'il est en ce moment à Londres pour faire connaître sa découverte à l'amirauté.

Une correspondance particulière de Constantinople annonce qu'on va réaliser le projet, formé depuis longtemps, de fonder dans cette ville un hôpital français destiné aux chrétiens de toutes les nations, qui sont malades et dans l'indigence. Bien qu'il existe déjà un hôpital de ce genre, mais qui n'appartient pas à la France, il serait bien d'en créer un tout français, et de l'ouvrir non-seulement aux Européens, mais encore aux gens du pays, surtout pour leur donner des consultations gratuites et des médicaments. Une telle fondation, bien organisée et bien dirigée, ayant en tête un médecin qui comprendrait sa mission, ferait plus dans l'esprit des populations, pour l'intérêt de la France et de la civilisation, que tous les ambassadeurs et consuls réunis. Les avantages que l'on peut retirer de la médecine en Orient sont tels qu'il y a lieu de s'étonner que le gouvernement français n'ait pas pensé à faire étudier plus tôt cette question. Les médecins qui ont vécu dans les pays musulmans savent quelle influence ils peuvent acquérir; ils pénètrent partout, et seuls peuvent étudier un pays dans ses détails les plus intimes. Le caractère dont ils sont revêtus, de par la science, inspire une confiance qui pourrait être des plus utiles, non-seulement au gouvernement qui les enverrait, mais surtout au gouvernement près duquel ils seraient établis.

Pendant que l'Académie de médecine de Bruxelles interdit l'entrée de ses séances aux rédacteurs de journaux, sa sœur aînée, l'Académie de Paris, s'occupe de réaliser enfin un vœu si souvent exprimé : la communication des pièces de la correspondance et des rapports, ainsi que cela se fait à l'Académie des sciences.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DU TRAITEMENT DE L'HYDROPISIE ET DE L'ANASARQUE PAR LES PRÉPARATIONS DE SCILLE. — AVANTAGES DE LA COMBINAISON DE LAUDANUM AVEC LE VIN SCILLITIQUE.

Par M. Teissier, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Il n'y a pas un médecin qui n'ait été souvent très-embarrassé pour prescrire un médicament efficace contre l'anasarque, malgré le nombre des préparations qui sont vantées par les auteurs comme hydragogues. Quand on ouvre les livres classiques à l'endroit du traitement de cette maladie, on y voit conseillée une longue série de substances purgatives, diurétiques, vomitives et sudorifiques ; et il semble qu'il n'y ait qu'à choisir entre elles pour guérir. Malgré cette richesse apparente de ressources, il n'est que trop vrai que presque toujours il est extrêmement difficile de faire disparaître l'infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire et son accumulation dans les cavités splanchniques. C'est pour ce motif que je n'ai pas craint d'appeler l'attention des praticiens sur une formule extrêmement simple, que je suis étonné de ne pas voir figurer dans tous les formulaires, et qui m'a rendu dans quelques circonstances des services signalés.

Je tiens beaucoup à ce qu'on ne pense pas que je propose cette formule comme une panacée contre l'hydropisie ou l'anasarque, à l'exclusion des autres substances dont l'expérience a sanctionné l'usage et dont je ne voudrais pas me priver pour mon propre compte. Ainsi il n'est pas douteux qu'on ne soit parvenu dans certains cas à triompher d'hydropisies rebelles, par l'emploi de substances purgatives très-énergiques, comme la teinture de jalap, la scammonée, l'aloès, l'élatérium, le remède de Leroy ; mais l'expérience a démontré que pour réussir par l'emploi de ces médicaments il fallait les administrer à des doses très-élevées et les répéter souvent, afin de produire chez les malades des évacuations alvines très-nombreuses. En un mot, ce n'est que par des superpurgations répétées en quelque sorte coup sur coup, pendant plusieurs semaines, qu'on parvient à guérir.

Pour supporter de pareilles médications, il faut des constitutions particulières, qu'on rencontre rarement ; il faut que les individus aient l'estomac et les intestins dépourvus en quelque sorte de toute espèce de susceptibilité. Mais pour peu que ces organes soient sensibles, ou est

bien vite forcé de renoncer à ces médicaments incendiaires, qui aggravent le mal en irritant les organes digestifs et en pervertissant leurs fonctions.

La réputation des remèdes dits diurétiques contre l'hydropisie et l'anasarque est bien mieux méritée que celle des purgatifs. C'est à eux, et avec raison, que les praticiens instruits et prudents ont le plus ordinairement recours ; aussi leur emploi est-il très-répandu. D'une manière générale, ils sont mieux supportés que les purgatifs, et surtout l'évacuation qu'ils produisent peut être répétée souvent et longtemps sans affaiblir les malades, ce qui est un point très-essentiel. Malheureusement, les diurétiques sont si infidèles dans leurs effets, qu'ils causent encore plus souvent des mécomptes que de la satisfaction aux praticiens qui en font usage d'après les formules qui se trouvent dans les ouvrages de thérapeutique. Aussi ai-je souvent entendu dire à des médecins très-habiles, qu'il n'y avait point de substances véritablement diurétiques : ce qui est faux, pris dans un sens absolu.

Je crois qu'on peut diminuer les chances de mécomptes, et je viens conseiller un moyen dans ce but. Ce moyen est extrêmement simple : il consiste dans une combinaison de ***vin blanc ordinaire sec***, ***de poudre de scille et de laudanum***. Il ne faut pas confondre cette combinaison, dont je donnerai plus loin la formule, avec la combinaison de poudre de scille et d'opium, qui constitue les pilules qu'on trouve dans la plupart des livres de matière médicale et de thérapeutique. Elles n'agissent pas du tout de la même manière, comme je le prouverai tout à l'heure. L'adjonction de l'opium à la scille a été conseillée surtout par les médecins anglais, pour faciliter la tolérance de cette dernière substance, regardée comme très-irritante ; mais je prie bien de remarquer que je vais conseiller la combinaison de laudanum avec le vin scillitique, non-seulement pour faire supporter ce vin par l'estomac, mais encore pour favoriser l'action diurétique, et assurer les bons effets de ce médicament, dans le traitement de l'anasarque et de l'hydropisie. Je ne sache pas que la question ait été étudiée par personne sous ce point de vue.

Ce n'est point la théorie qui m'a conduit à employer la combinaison du vin scillitique avec le laudanum, dans le but de faciliter la diurèse, et par suite la diminution de l'infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire ; le hasard seul m'a conduit à cette manière de voir. Cette combinaison était beaucoup employée, il y a une trentaine d'années, par un praticien de la ville de Lyon, qui s'était fait une réputation toute spéciale pour le traitement des hydropisies. Voici comment j'ai été instruit de cette circonstance.

Je donnais des soins à un malade âgé de soixante-dix-huit ans, d'une

très-forte constitution, et qui était affecté d'un catarrne pulmonaire chronique, avec emphysème. Ce malade avait en outre une enflure considérable des pieds, des jambes, des cuisses, du scrotum, des mains, etc. A l'aide des préparations narcotiques, balsamiques et expectorantes, telles que les pilules de Morton, celles de cynoglosse, le baume de Tolu et l'opium, j'eus le bonheur de faire disparaître l'affection bronchique; mais il n'en fut pas de même de l'hydropisie des membres : celle-ci augmenta, gagna le ventre, car la fluctuation s'y fit sentir, et tout ce que j'entrepris pour combattre cette infiltration séreuse fut à peu près inutile. Comme mon malade avait une très-bonne constitution, et comme son estomac, qui digérait avec facilité toute espèce d'aliments, me paraissait être dans d'excellentes conditions, j'eus recours tout d'abord à l'emploi de quelques purgatifs, lesquels déterminèrent d'abondantes évacuations, et par suite diminuèrent un peu l'infiltration des jambes. Mais cet effet fut très-fugace, et comme les fonctions digestives commençaient à s'altérer, je renonçai aux purgatifs, et j'eus recours aux diurétiques. J'administrai d'abord la digitale en pilules et en infusion ; le résultat fut absolument nul. J'employai ensuite le sirop de digitale de Labeylonie, dont j'avais eu quelquefois à me louer, et qui, pour le dire en passant, me paraît bien préférable au sirop de digitale qu'on prépare dans les officines, d'après la formule du Codex. Le sirop de Labeylonie augmenta d'une manière évidente la sécrétion urinaire : le malade, qui rejetait à peine un demi-litre d'urine dans les vingt-quatre heures, en rendit le double environ, sous l'influence de ce médicament. Cet effet se soutint pendant deux mois, durant lesquels l'hydropisie ne diminua cependant que d'une manière peu sensible ; car le scrotum seul devint moins œdématié. Au bout de ces deux mois, l'action du remède s'émoussa et je le suspendis pour administrer des pilules contenant chacune : poudre de scille 10 centigr., extrait d'opium 2 centigr. Je donnai d'abord deux, puis graduellement trois et quatre de ces pilules par jour; mais je fus bientôt forcé d'y renoncer, car elles occasionnèrent des maux d'estomac et des vomissements. Il est important de remarquer ce résultat, car il diffère essentiellement des effets produits par la préparation du vin scillitique et de laudanum que j'ai employée plus tard.

Je ne savais vraiment plus à quel remède recourir. Cependant l'eau s'accumulait dans le ventre, dans le thorax, dans la cavité du péricarde, car les battements ne s'entendaient plus que d'une manière lointaine, et probablement aussi dans la tête, car le malade avait continuellement des envies de dormir. Ce fut sur ces entrefaites qu'un pharmacien, très-instruit et très-expérimenté de notre ville, M. Guil-

lermond, à qui l'on doit de très-bons travaux sur plusieurs agents de la matière médicale, me fit part des guérisons remarquables d'hydropisies qui avaient été produites, à sa connaissance, par l'emploi du *vin scillitique laudanisé.* Cette composition me parut tellement simple et tellement analogue aux préparations indiquées dans les formulaires, quoiqu'elle en diffère cependant, que j'y eus d'abord très-peu de confiance. Cependant, comme je ne voyais rien de mieux à faire, je consentis à l'essayer, et je priai M. Guillermond de me préparer lui-même ce vin scillitique.

Dès que j'eus ce vin à ma disposition, je l'administrai à mon malade, et voici quel effet il en obtint. Il n'éprouva pas la moindre répugnance, n'eut aucun vomissement, et, dès la seconde nuit, la sécrétion urinaire doubla au moins de volume. A partir de ce moment, le malade rendit, chaque jour, c'est-à-dire dans l'espace de vingt-quatre heures, quatre ou cinq litres d'urine, et à mesure que la diurèse augmentait, l'hydropisie diminuait, si bien, qu'au bout d'un quinzaine de jours, il n'en restait pas la moindre trace, ni dans les membres ni dans les cavités splanchniques, aussi la marche redevint assez facile, l'oppression disparut, et le malade digéra assez bien. Cependant comme il éprouvait un peu de chaleur à l'épigastre, et de temps à autre quelques envies de dormir, je suspendis le médicament. Depuis lors l'hydropisie n'a pas reparu. Mais il faut dire que cette guérison n'a pas eu malheureusement une longue durée; car deux mois après, le malade contracta une double pneumonie sous l'influence d'un refroidissement, et il succomba au bout de peu de jours. Il est évident que les préparations de scille sont parfaitement innocentes de ce fâcheux accident qui est survenu brusquement. D'ailleurs il y avait, je le répète, deux mois que le malade ne prenait plus de médicament, quand il a contracté la maladie qui l'a entraîné.

J'ai raconté cette observation avec de longs détails, quoiqu'elle manque du principal résultat, celui d'une guérison durable; parce qu'elle a été le point de départ de mes recherches sur ce sujet, et puis, parce qu'en l'analysant avec soin on y découvre plusieurs circonstances qui sont vraiment dignes de remarque, à savoir, l'emploi infructueux et longtemps continué des remèdes réputés les plus efficaces, l'intolérance de l'estomac pour les pilules de scille et d'opium, la tolérance, au contraire, pour le vin scillitique laudanisé, et l'extrême rapidité d'action de ce médicament qui, en moins de quinze jours, fait disparaître ***complétement*** une hydropisie qui remontait à deux années.

Les autres faits dans lesquels j'ai employé le même vin scillitique et que je vais maintenant faire connaître, ne laissent rien à désirer sous le

double rapport de la rapidité d'action du médicament et de la persistance de cette action.

Obs. II. Au mois de janvier 1827, je fus appelé à donner des soins à M. P., vieillard de quatre-vingt-trois ans, qui, sous l'influence du froid rigoureux de l'hiver dernier, avait contracté un catarrhe pulmonaire qui s'était rapidement compliqué d'oppression et d'enflure des membres. Quand je vis ce malade, les pieds, les jambes, les cuisses, le scrotum et les mains étaient infiltrés de sérosité, la sécrétion urinaire était presque nulle, la toux fréquente et pénible, l'expectoration très-difficile et mousseuse, l'appétit considérablement diminué, la somnolence continuelle ; du reste l'intelligence était intacte. En présence d'un pareil âge et d'un pareil cortége de symptômes, je portai un pronostic très-grave, et la famille partageait toutes mes craintes. Je prescrivis du premier coup une cuillerée à bouche, matin et soir, du *vin scillitique laudanisé*, et pour tisane l'infusion d'hysope. J'avertis le malade que probablement il urinerait beaucoup, et qu'il devait considérer ce phénomène comme d'un bon augure. Dès la première nuit, la sécrétion urinaire fut en effet déjà notablement augmentée; mais, dès le second jour, le malade urina un si grand nombre de fois, qu'il en fut effrayé et qu'il m'envoya chercher au milieu de la nuit. Dans l'espace de six heures, il avait rendu plus de quatre litres d'urine, car il avait rempli deux grands vases. Cette abondante diurèse continua les jours suivants, mais avec un peu moins d'abondance. Elle n'amena aucun trouble fâcheux dans les forces du malade ; bien au contraire, elle produisit une amélioration rapide et très-marquée. L'œdème des membres diminua graduellement, et n'existait plus après dix jours de l'emploi du remède. La respiration redevint libre, et l'expectoration plus facile. J'ai continué, pendant vingt jours environ, l'usage du vin scillitique laudanisé, et depuis cette époque, six mois se sont écoulés sans qu'aucun signe d'hydropisie se soit manifesté. Aujourd'hui ce bon vieillard se porte bien, et fait, chaque jour, des promenades de deux heures sans se reposer.

Obs. III. Il s'agit ici non plus d'un œdème général, mais d'une hydropisie abdominale. Un homme de quarante ans environ se fit recevoir à l'hôtel-Dieu, au mois de janvier 1847, pour un ulcère à la jambe. Comme il était en outre affecté d'un épanchement considérable de sérosité dans la cavité du péritoine, suite de fièvre intermittente, le chef de service, M. Bonnet, à qui j'avais communiqué et vanté comme un excellent diurétique la formule du vin scillitique laudanisé, voulut bien, d'après les éloges que je lui en avais faits, l'expérimenter chez ce malade. En conséquence, il lui en donna deux cuillerées par jour, une le matin et l'autre le soir. L'effet ne tarda pas à se produire; la sécrétion urinaire augmenta tellement, que, dans la nuit du cinquième au sixième jour, le malade m'a dit avoir uriné vingt-six fois. Cette abondante diurèse amena la diminution rapide de l'épanchement abdominal. Le ventre s'affaissa graduellement, et, au bout de vingt jours, il avait repris ses dimensions normales, et l'on ne sentait plus de fluctuation. On a fait chez ce malade une observation que je n'ai cherché à reproduire sur aucun autre, mais que je me propose de vérifier dorénavant. On a traité l'urine par l'acide nitrique, pendant le traitement, et l'on a remarqué qu'elle contenait une proportion très-grande d'albumine.

Obs. IV. Une dame de cinquante ans, demeurant rue de la Liberté, à Lyon, me fit appeler, au mois d'octobre 1846, pour la traiter d'une toux et d'une oppression avec enflure générale ; c'étaient là ses propres expressions. Quand je vis cette dame, je la trouvai alitée et en proie à une gêne extrême de la respiration, qui existait depuis plus d'une année, mais qui ne s'était compliquée d'œdème des membres que depuis trois mois. Cet œdème était très-prononcé ; les pieds, les jambes, les cuisses, étaient fortement enflés et luisants. La pression du doigt y laissait une marque profonde; les grandes lèvres avaient acquis un volume énorme, et l'infiltration avait gagné jusqu'au tissu cellulaire des régions lombaires; la face était elle-même bouffie et les lèvres bleuâtres. Enfin, la palpation du ventre me fit reconnaître la présence d'une certaine quantité de liquide dans le péritoine. Cet état d'hydropisie s'accompagnait, comme cela arrive souvent, d'une suppression presque complète de la sécrétion urinaire. J'examinai alors la poitrine avec soin, et je constatai les signes stéthoscopiques du catarrhe bronchique, à savoir, l'existence d'un râle muqueux très-abondant et à grosses bulles, et en même temps l'affaiblissement du murmure vésiculaire. A cette époque, quoique je soupçonnasse une lésion du côté du cœur, il ne me fut pas possible de déterminer précisément l'état de cet organe qui se trouvait masqué en avant par une lame de poumon emphysémateux. Je prescrivis d'abord à cette dame un looch kermétisé avec addition de sirop diacode, puis de l'infusion de feuilles de digitale. Cette première prescription, continuée pendant huit jours, changea peu sensiblement l'état de la malade; cependant elle rendit l'expectoration un peu plus facile et diminua la toux. Mais elle n'amena aucune augmentation dans la quantité d'urine et aucune diminution dans l'hydropisie. J'administrai alors le vin scillitique laudanisé, à la dose de deux cuillerées par jour, tout en continuant l'infusion de digitale, parce que je soupçonnais toujours l'existence d'une hypertrophie du cœur. Trois jours après cette nouvelle prescription, l'hydropisie commença à diminuer, et ce fut par les grandes lèvres que cette diminution se manifesta tout d'abord, et concomitamment la sécrétion urinaire devint plus abondante. Je continuai alors le même traitement, et, à dater de ce moment, l'amélioration marcha d'une manière graduelle. Elle fut toutefois beaucoup plus lente que chez les trois précédents malades, probablement à cause de l'état pathologique du cœur que je pus très-bien constater vers le huitième jour, parce que l'affection catarrhale des bronches s'était amendée. Un mois après l'emploi du vin scillitique laudanisé, je fus obligé de le suspendre, parce que la malade éprouvait quelques nausées. A cette époque, il ne restait plus qu'un peu d'œdème des pieds, et la quantité d'urine était à peu près d'un litre et demi dans les vingt-quatre heures. Huit jours après, je repris le médicament, et à la fin du deuxième mois, il n'y avait plus d'hydropisie nulle part; les voies respiratoires étaient en bon état, la malade pouvait marcher et digérait bien. Mais l'oppression revenait facilement dès que la malade montait les escaliers. Ce phénomène tenait à l'état du cœur qu'il m'a été impossible de guérir jusqu'à ce jour. Aussi ai-je toujours la crainte de voir revenir les symptômes d'hydropisie.

Je viens d'exposer quatre cas dans lesquels le *vin scillitique laudanisé* a eu des effets diurétiques très-remarquables. Je ne pense pas

qu'on puisse contester ces faits. Je pourrais en citer quelques autres où ce médicament a eu également des résultats heureux, quoique cependant moins marqués. Mais comme ils ont beaucoup d'analogie avec les précédents, il faudrait répéter des détails fastidieux pour le lecteur, et je préfère m'en tenir aux observations précédentes. Il faut dire toutefois avec franchise, avant d'aller plus loin, que je n'ai pas rencontré toujours des succès, et que chez quelques personnes le remède a été peu efficace.

Indications et contre-indications. Comme je l'ai déjà dit, ce vin scillitique laudanisé est en général très-bien supporté par les malades. Cependant il ne convient pas indistinctement dans tous les cas. Il me semble surtout convenir à ceux qui ont des hydropisies, suites de catarrhe pulmonaire chronique, d'emphysème pulmonaire et d'asthme, surtout quand les voies digestives sont en assez bon état, ce qui n'est pas rare dans ces maladies. Chez ces malades le vin scillitique laudanisé me paraît extrêmement bien indiqué. Il agit tout à la fois comme diurétique et comme expectorant, et beaucoup de praticiens considèrent le laudanum comme le meilleur moyen de calmer l'oppression qui accompagne l'emphysème. Je crois que le *vin scillitique laudanisé* convient moins aux hydropisies qui sont consécutives à des maladies du cœur. Les préparations de digitale sont ici nécessaires ; mais on se trouvera bien de les administrer concurremment, comme je l'ai fait plusieurs fois. On peut encore administrer avec avantage le vin scillitique laudanisé, comme le prouve l'observation troisième, dans les cas d'ascite abdominale consécutive aux engorgements de la rate, quand les organes digestifs sont sains. Je ne conseillerais pas de l'administrer à ceux qui auraient une grande disposition à l'irritation de l'estomac ou des intestins. Deux fois je l'ai prescrit à des personnes affectées d'hydropisie générale, qui avaient eu, en outre, pendant plusieurs mois, la dyssenterie ; et deux fois j'ai vu reparaître les symptômes dyssentériques, et j'ai été conduit à cesser le remède. Ici comme toujours, il y a des conditions favorables et des conditions défavorables, et c'est au médecin éclairé de savoir les connaître et les apprécier.

Formule, mode de préparation et d'administration. Rien n'est plus simple que le mode de préparation du vin scillitique laudanisé que je conseille.

On prend un demi-litre de vin blanc sec ordinaire : on fait macérer, à froid, pendant douze heures dans ce vin blanc, 8 grammes de poudre de scille fraîchement pulvérisée ; au bout de ce temps on filtre le vin blanc, ou bien on le passe à travers un linge très-fin, et on ajoute

60 gouttes de laudanum de Sydenham. Je préfère le vin blanc ordinaire au vin d'Espagne, avec lequel on fait le vin scillitique du Codex. Le vin blanc sec ordinaire est mieux supporté par l'estomac, et puis, il est par lui-même un très-bon diurétique. Le vin d'Espagne se conserve mieux, il est vrai, mais ce n'est là qu'une chose peu importante : il suffit de ne préparer qu'une petite quantité à la fois du médicament pour ne pas être exposé à le voir se décomposer. Il n'est pas utile qu'on puisse le conserver dans les officines, puisque sa préparation peut se faire en quelques heures. Lorsqu'on a affaire à des personnes ayant l'estomac ou les intestins facilement irritables, on peut diminuer la dose de poudre de scille et la réduire à 4 grammes. A cette dose l'effet diurétique se produit encore d'une manière sensible. Ainsi, voici la formule :

Vin blanc, demi-litre.
Poudre de scille, 4 ou 8 grammes.
Laudanum, 40 ou 60 gouttes.

On commence par administrer deux fois par jour une cuillerée à bouche du médicament ; une le matin, à jeun, et une autre le soir, trois heures après avoir mangé. Chaque cuillerée doit être prise dans un verre d'eau pure ou sucrée. Si le médicament est bien supporté par l'estomac, on peut, au bout de quelques jours, en élever la dose à trois et quatre cuillerées par jour. Ordinairement l'effet diurétique commence à se produire dès le second ou le troisième jour.

En résumé, il s'agit tout simplement dans cet article d'une formule diurétique, et encore cette formule ne contient-elle aucune substance nouvelle ; mais comme je la crois très-utile, que je ne l'ai trouvée dans aucun livre, quoique j'en aie consulté un grand nombre, que je ne l'ai vu employer dans aucun hôpital, et que je suis convaincu qu'elle peut rendre d'utiles services, je n'ai pas hésité à appeler sur elle l'attention de mes confrères. Sans doute elle est loin de produire des effets constants ; mais elle trouve si souvent son application, que je ne balance pas à dire qu'elle devrait figurer dans tous les formulaires, et qu'elle pourrait remplacer avantageusement dans presque tous les cas le vin scillitique du Codex.

On sera peut-être étonné que j'aie écrit tant de lignes pour faire connaître une chose aussi simple; mais je suis de ceux qui pensent que les plus petits détails de matière médicale et de thérapeutique sont intéressants pour des médecins praticiens, et je ne devais pas oublier que c'est à eux que s'adresse ce journal. B. Teissier.

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'ALCOOLATURE D'ACONIT DANS LE TRAITEMENT DE PLUSIEURS MALADIES, ET, EN PARTICULIER, DANS CELUI DES NÉVRALGIES.

Il est peu d'agents thérapeutiques sur les propriétés desquels on ait émis plus d'opinions contradictoires que sur l'aconit. Tandis que Storck, Murray, et, à une époque plus rapprochée, M. Lombard, de Genève, considèrent ce médicament comme doué de propriétés héroïques contre plusieurs maladies, et, en particulier, contre le rhumatisme, nous voyons, au contraire, la plupart des thérapeutistes modernes mettre en doute son efficacité et le ranger parmi la foule des remèdes inutiles, si bien qu'aujourd'hui l'aconit est généralement oublié. Les faits assez nombreux que nous avons observés nous permettent de nous prononcer contre cette manière de voir, et, sans être à même d'établir si l'aconit doit être aussi généralement employé que quelques-uns l'ont pensé, nous pouvons au moins démontrer son efficacité dans quelques cas bien définis.

M. le docteur J. P. Tessier a fait connaître, l'année dernière, les résultats qu'il a obtenus de l'emploi de l'alcoolature d'aconit dans le traitement de la diathèse purulente. M. Tessier a administré le même médicament dans quelques autres maladies, et ce sont les faits que nous avons observés dans le service dont il était chargé, à l'Hôtel-Dieu, pendant l'année 1846, qui nous ont inspiré ce travail.

Nous allons indiquer d'abord l'action thérapeutique de l'alcoolature d'aconit dans les diverses maladies contre lesquelles elle a été administrée. Nous dirons ensuite quelques mots sur cette préparation, sur le mode d'administration qui a été suivi et sur les phénomènes particuliers qu'ont présentés les malades soumis à son emploi.

1° *Névralgies.* Nous signalerons, en premier lieu, les avantages qu'on peut retirer de l'emploi de l'aconit dans le traitement des névralgies. Storck avait déjà indiqué son action dans ce cas particulier. Le second fait rapporté dans son Mémoire est une observation de névralgie occupant le bras droit depuis six semaines lorsque le malade vint réclamer ses soins. Dès la première nuit du traitement la douleur disparut. Le lendemain il y avait sur le corps une éruption prurigineuse, la douleur ne reparut pas. Sans avoir obtenu des résultats aussi prompts et aussi satisfaisants que celui que nous venons de rapporter, nous avons toujours vu l'alcoolature d'aconit amener une diminution rapide de la douleur. Quelquefois même ce médicament, administré plusieurs jours de suite, n'a pas eu d'autre effet que celui de produire un soulagement plus ou moins marqué, mais il n'a pas pu triompher d'une manière complète et définitive de la maladie. Dans d'autres cas plus

heureux, la névralgie a été guérie par le seul emploi de ce médicament.

Voici deux exemples de guérison.

Obs. I. *Névralgie du nerf crural.* Le nommé Ch...., âgé de quarante-deux ans, infirmier à l'Hôtel-Dieu, est entré dans le service de M. Tessier le 13 février 1846, pour y être traité d'une névralgie occupant le trajet du nerf crural. Trois jours avant son entrée dans la salle Saint-Lazare (le 10 février), Ch.... a senti une douleur, qu'il compare à une crampe, à la partie antérieure et supérieure de la cuisse et dans le mollet du côté gauche. Le lendemain matin, la douleur étant moins forte que la veille, Ch.... s'est livré à son travail habituel, qui consiste à frotter le carreau de la salle. Bientôt après sa douleur a augmenté et elle s'est étendue jusqu'à la hanche. Le malade a remarqué que lorsqu'il marchait, ce qu'il ne pouvait faire déjà qu'avec une certaine difficulté, son pied gauche se tournait en dehors et qu'il lui était impossible de le ramener dans la direction normale. Le 12, la douleur a persisté au même degré. Le 13, elle est devenue beaucoup plus forte. Le malade pouvait à peine marcher. Il s'est décidé alors à demander un lit, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'il a pu se traîner jusqu'à la salle Saint-Lazare. A ce moment, la douleur occupait la région de la hanche, le pli de l'aine et la partie antérieure de la cuisse jusqu'à son tiers inférieur. Elle était augmentée par la pression. Les ganglions de l'aine étaient légèrement tuméfiés et douloureux. Le 14 février, on a prescrit au malade 2 grammes d'alcoolature d'aconit dans 125 grammes d'eau sucrée. Les jours suivants la dose a été successivement portée jusqu'à 6 grammes. — Ce n'est que le quatrième jour du traitement que le malade a déclaré qu'il était notablement soulagé. Jusque-là il n'y avait eu qu'une diminution peu sensible, qui pouvait être attribuée au repos aussi bien qu'au médicament. Depuis ce moment, le malade a ressenti encore pendant trois jours un engourdissement à peine douloureux dans les points affectés. Le 21 février, il n'y avait plus aucune trace de douleur. Le 22, le malade a cessé de prendre de l'aconit. Il a repris son service d'infirmier le 4 mars. Il n'a pas quitté l'Hôtel-Dieu depuis cette époque et sa douleur n'a pas reparu.

Obs. II. *Névralgie faciale.* Rigalle Louis-Edme, trente-trois ans, layetier, entré le 30 janvier 1847 à l'Hôtel-Dieu. Ce malade, entré dans la salle Sainte-Jeanne, le 12 janvier, pour une pneumonie, en est sorti bien guéri le 26. — Il y est rentré le 30 ; voici pour quelle cause. Le jour de sa sortie, il a éprouvé une légère céphalalgie frontale. Le lendemain, en se levant, la céphalalgie ne se faisait pas sentir, mais elle a reparu deux heures après. Jusqu'au 29, cette céphalalgie a persisté avec les mêmes caractères et au même degré. Le 29 au soir, la douleur a disparu du côté gauche ; elle s'est fixée sur le droit et elle a pris une force beaucoup plus grande et de nouveaux caractères. Il est survenu du larmoiement de l'œil droit. La douleur s'est répandue autour de l'orbite sur la moitié droite du front et sur la joue du même côté, les glandes sous-maxillaires droites sont devenues volumineuses et douloureuses. La douleur est devenue atroce au point d'arracher des cris au malade qui n'a pas fermé l'œil pendant toute la nuit. Aussitôt que le jour a paru, il s'est levé pour se rendre à l'Hôtel-Dieu. Au moment de son entrée, la douleur persiste dans les points indiqués. L'œil droit est fermé, les paupières un peu gonflées.

La pression détermine une douleur assez vive au-dessus du sourcil et au-

dessous de l'orbite, au niveau du trou sous-orbitaire; larmoiement. Mouvement fébrile assez intense; douleur occupant tout le côté droit de la face et du front; dans tous les points de cette région, la pression augmente la douleur. Il y a de la photophobie, et l'occlusion de l'œil droit paraît avoir pour principale cause le besoin qu'éprouve le malade de soustraire cet œil à l'influence de la lumière ; cependant il ne peut relever la paupière que très-incomplétement lorsqu'on lui dit de faire ce mouvement, et il semble que la myotilité soit altérée à un certain degré. Lorsque son œil est entr'ouvert le larmoiement augmente. La conjonctive est injectée autour de la cornée. La douleur et les autres symptômes ne sont pas toujours au même degré d'intensité ; ils augmentent surtout le soir, mais il y a plusieurs exacerbations dans la journée, de telle sorte que la maladie n'affecte pas une marche à périodes réglées. Pour nous assurer de ce fait, nous avons laissé le malade sans traitement le lendemain de son entrée à l'hôpital.

Le 1er février, nous lui avons donné un gramme d'alcoolature d'aconit à prendre dans la journée, en solution dans 125 grammes d'eau sucrée. Pendant la nuit du 1er au 2 février, le malade a souffert un peu moins. Il a pu dormir quelques heures, ce qui ne lui était pas arrivé les deux nuits précédentes. Le 2, il a pris deux grammes d'alcoolature d'aconit. Du 3 au 5, la dose a été portée jusqu'à cinq grammes. La douleur a diminué sensiblement chaque jour. Le 5, le malade ne ressent plus qu'un engourdissement confus autour de l'orbite et sur la moitié droite du front. Il lui semble que les téguments de la moitié droite de la face sont plus raides et qu'ils ne jouissent pas de leur élasticité et de leur sensibilité naturelles. La paupière supérieure droite est encore un peu abaissée. Mais il n'y a plus de douleur, ni de photophobie, ni de larmoiement. A la pression la peau qui recouvre la partie affectée paraît moins sensible qu'à l'état normal. Les jours suivants, on a prescrit la même dose d'alcoolature d'aconit (5 grammes). Les derniers symptômes que je viens de mentionner se sont complétement dissipés en quatre ou cinq jours. Le malade est sorti le 15 février, ne prenant plus d'aconit depuis le 11. Nous l'avions engagé à revenir nous trouver à l'Hôtel-Dieu, en cas de récidive. Nous ne l'avons pas revu.

Chez les deux malades dont on vient de lire l'observation, et chez quelques autres dont nous n'avons pas recueilli l'histoire, l'alcoolature d'aconit a suffi pour guérir des névralgies présentant un certain degré d'intensité.

Les faits que nous avons observés nous ont appris que c'était surtout dans les névralgies récentes qu'on pouvait obtenir une guérison complète et définitive au moyen de ce seul médicament. Dans les névralgies anciennes et invétérées, au contraire, l'aconit ne peut guère être considéré que comme un palliatif propre à modérer l'intensité de la douleur. C'est à ce titre qu'il doit entrer comme élément dans le traitement de de ces névralgies. Nous avons vu M. Tessier associer très-heureusement l'aconit et le sulfate de quinine dans deux cas de névralgie faciale affectant une marche intermittente. Le dernier de ces deux médicaments était administré dans l'intervalle des accès, et le premier, au contraire,

pendant leur durée. Cette médication, qui avait pour but d'éteindre la douleur et en même temps de troubler la marche de la maladie, a été couronnée de succès.

Ainsi qu'on l'a vu dans nos observations, nous avons toujours donné l'alcoolature d'aconit en solution dans de l'eau sucrée et à la dose de 2 à 6 grammes. Lorsqu'on a atteint cette dernière quantité et que la douleur conserve la même intensité, ou bien, qu'ayant d'abord présenté un amendement, elle reste ensuite stationnaire, nous pensons qu'il n'est pas nécessaire d'insister plus longtemps et qu'il faut passer aux moyens plus énergiques que l'art possède et que je ne dois pas énumérer ici, m'étant proposé seulement d'étudier l'action de l'aconit sur les névralgies.

2° *Rhumatisme.* Dans le rhumatisme articulaire aigu, l'aconit exerce une double action sur l'état général et sur l'état local, en modérant le mouvement fébrile et en apaisant les douleurs articulaires.

Dans les rhumatismes bénins, apyrétiques ou accompagnés seulement d'une fièvre légère, l'alcoolature d'aconit, administrée dès le début, peut supprimer complétement les douleurs en trois ou quatre jours et abréger, par conséquent, la durée de la maladie. L'observation nous a appris, au contraire, que, dans les rhumatismes intenses, accompagnés d'un mouvement fébrile très-prononcé, la même substance pouvait bien modérer les accidents, mais qu'elle n'était pas susceptible d'arrêter brusquement la maladie dans sa marche. Ainsi, dans ce dernier cas, l'aconit joue seulement le rôle d'un palliatif puissant, modifiant à la fois, d'une manière avantageuse, l'état général et l'état local, tandis que dans le premier, c'est-à-dire, dans la forme bénigne du rhumatisme, il constitue à lui seul une médication curative.

Quant au rhumatisme chronique, on sait que c'est surtout contre cette maladie que Storck avait conseillé l'emploi de l'aconit. Son Mémoire renferme plusieurs observations de malades affectés de rhumatismes depuis plusieurs mois et guéris après un traitement par l'aconit continué pendant plus d'un mois. Nous n'avons eu qu'une fois l'occasion de vérifier les assertions du médecin de Vienne, relatives au rhumatisme chronique. Nous allons rapporter succinctement le fait. Un jeune Belge, âgé de dix-neuf ans, est venu à Paris, il y a environ trois ans. Peu de temps après son arrivée, il a habité une chambre fort humide dans laquelle il a contracté des douleurs rhumatismales. Au début, ces douleurs ont été peu intenses; elles ont d'abord occupé les poignets; puis elles ont augmenté peu à peu et elles ont gagné successivement toutes les articulations. Ces dernières ont été le siége, à cette époque, d'un gonflement manifeste. Le malade est entré à l'hôpital de la Pitié, quinze jours environ après le début de sa maladie. Il a été traité par le nitrate

de potasse à haute dose. Sous l'influence de ce médicament, le gonflement des articulations a disparu en peu de jours, mais les douleurs ont persisté et elles ne présentaient qu'une diminution légère lorsqu'on a renvoyé le malade de l'hôpital. Depuis cette époque, les articulations n'ont pas cessé d'être le siége de douleurs plus ou moins vives, et les rémissions que la maladie a présentées paraissent devoir être attribuées plutôt aux changements atmosphériques qu'aux diverses médications que le malade a subies. Cependant les bains de vapeur ont toujours produit une amélioration notable, mais de courte durée.

Au moment où le malade est entré à l'Hôtel-Dieu, le 13 février 1847, les articulations des membres inférieurs étaient dans un tel état de raideur, et les douleurs étaient si vives, qu'il se trouvait dans l'impossibilité de marcher ; les mains étaient fléchies sur les avant-bras et le mouvement d'extension de la main était impossible ; les doigts étaient raides, immobiles et déjetés en dehors. Il ne pouvait pas plus se servir de ses bras que de ses jambes, et pendant les premiers jours qu'il a passés à l'Hôtel-Dieu, on a été forcé de le faire manger. Les articulations ne présentaient pas de gonflement. Le malade était sans fièvre, et il nous a affirmé qu'il n'en avait jamais eu pendant le cours de sa maladie. Après huit jours de traitement par l'alcoolature d'aconit, le malade a pu marcher et se servir de ses mains. Depuis lors, l'amélioration a continué, mais elle a été moins rapide que dans les premiers jours. Après un mois de traitement, le malade se trouvant mieux qu'il n'avait jamais été depuis le commencement de son rhumatisme, a voulu sortir. Les articulations n'étaient plus le siége d'aucune douleur ; elles présentaient encore de la raideur et des déformations dont nous aurions voulu voir notre médication triompher complétement. Mais le malade a voulu sortir malgré nos conseils.

Il a pris pendant les trois premiers jours 2 grammes d'alcoolature d'aconit dans 125 grammes d'eau sucrée. Les jours suivants, on a augmenté la dose d'un gramme par jour, jusqu'à dix grammes, dose qui n'a pas été dépassée. Le médicament était administré le soir (depuis quatre heures jusqu'à dix ou onze heures), par cuillerées, toutes les demi-heures.

Nous n'avons observé chez ce malade d'autre phénomène particulier que des sueurs nocturnes assez abondantes, pendant toute la durée du traitement.

3° *Érysipèle de la face.* Il est une autre maladie dans le traitement de laquelle l'alcoolature d'aconit nous a paru agir d'une manière avantageuse, c'est l'érysipèle de la face. Chez plusieurs malades auxquels ce médicament a été donné, nous avons vu le mouvement fébrile présenter

une diminution sensible vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'administration de la première dose (1 ou 2 grammes). En même temps, l'inflammation locale se bornait aux points qu'elle avait déjà envahis, et en continuant l'emploi du même moyen, on la voyait marcher assez rapidement vers la résolution. Aucun des malades affectés d'érysipèle de la face et traités par l'alcoolature d'aconit n'a présenté de délire.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'étudier les effets de ce médicament sur les érysipèles ambulants.

4° *Angine, bronchite, coqueluche.* L'action thérapeutique de l'alcoolature d'aconit est encore très-évidente dans ces trois maladies. Son heureuse influence dans l'angine est rendue manifeste par la diminution de la douleur et de la dysphagie, diminution qui est très-sensible au bout de vingt-quatre heures et quelquefois plus tôt.

Dans la bronchite, et surtout dans la bronchite capillaire qui est accompagnée de quintes de toux fréquentes et pénibles, et d'une dyspnée plus ou moins marquée, on voit ces deux symptômes présenter un amendement rapide sous l'influence de l'alcoolature d'aconit.

On obtient un résultat semblable dans la coqueluche.

Dans ces différents cas, il est bon d'administrer le médicament le soir, à la dose de 1 ou 2 grammes en solution dans de l'eau sucrée.

5° ***Pneumonie.*** L'alcoolature d'aconit n'a exercé aucune action manifeste ni sur les symptômes ni sur la marche de la pneumonie.

6° ***Fièvre typhoïde.*** Il en a été de même dans la fièvre typhoïde. Cependant, nous devons dire que plusieurs fois, dans cette dernière maladie, nous avons vu après l'administration de l'aconit, le pouls devenir moins fréquent, la peau moins sèche et moins chaude, en un mot le mouvement fébrile diminuer; mais ces phénomènes se sont accomplis sans qu'il en soit résulté aucun soulagement pour le malade.

Modes de préparation et d'administration de l'alcoolature d'aconit. — Le choix qu'a fait M. Tessier de l'alcoolature d'aconit pour ses recherches sur les propriétés thérapeutiques de cette plante, nous paraît justifié par le motif suivant. Storck, et plusieurs autres médecins après lui, ont reconnu que l'aconit napel était du nombre de ces plantes dont les principes actifs sont très-altérables et se dissipent facilement par la dessiccation. Aussi ont-ils recommandé de n'employer les diverses préparations d'aconit que lorsqu'elles sont encore fraîches. Or, aucune préparation ne paraît plus susceptible de prendre à la plante ses sucs ou ses principes actifs et de les conserver dans toute leur pureté, que l'alcoolature faite avec la plante fraîche.

Voici de quelle manière a été préparée celle dont nous nous sommes servis dans nos expériences :

500 grammes d'aconit napel (racines, tiges et feuilles) ont été broyés dans un mortier et mélangés ensuite avec un poids égal d'alcool. On a fait macérer ce mélange pendant quinze jours ; puis on a exprimé et filtré.

Nous avons ordinairement administré un gramme d'alcoolature le premier jour, et 2 grammes le second. Lorsque cette dose a été suffisante pour produire une diminution du mouvement fébrile, nous ne l'avons pas dépassée, mais dans quelques cas de maladie fébrile la dose a été portée jusqu'à 4 grammes. Dans les névralgies, nous avons donné jusqu'à 6 grammes par jour, en commençant par un ou deux. Enfin, dans le cas de rhumatisme chronique, dont nous avons donné l'analyse, nous avons porté la dose d'alcoolature jusqu'à 10 grammes par jour.

Phénomènes particuliers.—Chez aucun de nos malades nous n'avons observé les symptômes d'empoisonnement que beaucoup de médecins semblent redouter encore aujourd'hui. Quant aux phénomènes particuliers qui résultent de l'action de l'aconit sur les différents organes, voici ceux que nos malades nous ont présentés. La plupart ont eu des sueurs assez abondantes ; chez quelques-uns la sécrétion urinaire a été augmentée. Rarement l'alcoolature d'aconit a produit des effets narcotiques, et c'est seulement à faible dose qu'elle nous paraît pouvoir déterminer un semblable résultat. A dose élevée, au contraire, nous l'avons vue déterminer l'insomnie et une excitation particulière du système nerveux.

Enfin, chez quelques malades, l'administration de ce médicament a occasionné des douleurs sur le trajet de certaines branches nerveuses, et en particulier sur des rameaux de la cinquième paire.

En somme, nos propres observations et les résultats obtenus par d'autres médecins nous ont convaincu que les effets produits sur les malades par l'aconit, en dehors de l'action thérapeutique qu'il exerce sur les symptômes, étaient très-variables et souvent contradictoires, et qu'il serait fort difficile, sinon impossible, d'après ces phénomènes, d'assigner une place convenable à ce médicament dans un des groupes admis dans les traités modernes de matière médicale.

F. Gabalda.

DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU CHEZ LES ENFANTS.

C'est là une affection qu'il est rare de rencontrer avec des caractères bien tranchés dans l'enfance : nous pourrions citer bon nombre de mo-

nographies, dans lesquelles l'histoire du rhumatisme est tracée avec plus ou moins de développements, et où il n'est pas même fait mention de cette maladie dans les conditions dont il s'agit en ce moment. Cependant, depuis que la pathologie de l'enfance est devenue l'objet de travaux à la fois plus corrects et plus suivis, il est démontré que cet âge n'est point à l'abri du rhumatisme articulaire; ce sont surtout les recherches laborieuses de MM. Piet, Legendre, Papavoine Rilliet et Barthez, qui ont mis ce point de médecine pratique hors de toute contestation.

Tous les auteurs que nous venons de citer l'ont remarqué, le rhumatisme articulaire aigu présente chez les enfants exactement les mêmes caractères que chez les adultes. Dans l'un comme dans l'autre cas, une fièvre plus ou moins vive précède le développement du rhumatisme articulaire; dans l'un comme dans l'autre cas, plusieurs articulations peuvent être simultanément ou successivement frappées, et des complications plus ou moins graves peuvent se manifester vers le péricarde, l'endocarde et les plèvres. Mais si les conditions de la vie, dans l'enfance, ne mettent pas complétement l'organisme à l'abri des atteintes du rhumatisme, et si cette maladie s'y observe avec des symptômes identiquement les mêmes que dans l'âge adulte, il faut bien savoir cependant que la condition de l'âge imprime à la marche de l'affection, comme à ses complications possibles, un caractère spécial, qu'il est utile de connaître pour en établir le pronostic et le traitement.

Pour ce qui est du pronostic, que le médecin ne doit jamais négliger, parce que c'est en partie sur cette base que se mesure la confiance du public, le rhumatisme est loin d'avoir chez les enfants la même gravité que chez les adultes. L'ensemble des conditions qui rendent la maladie infiniment moins fréquente chez les premiers que chez les seconds, en rendent la manifestation bien moins longue et bien moins réfractaire, soit à la réaction spontanée de l'organisme, soit aux médications qu'on lui oppose. Quelle que soit la méthode thérapeutique que l'on oppose au rhumatisme articulaire aigu chez les adultes, il est fort rare de ne pas le voir se prolonger au delà du second septénaire. Chez les enfants, au contraire, il est rare que le mal résiste aussi longtemps. Comme nous, MM. Rilliet et Barthez l'ont vu disparaître en six jours, et dans les cas les plus graves cesser avant le quinzième. Lorsqu'on a eu occasion d'observer des faits de cet ordre, il est difficile de partager l'opinion des hommes qui s'opiniâtrent à ne voir dans le rhumatisme articulaire rien de plus que le traumatisme local, et surtout de considérer ce traumatisme comme étant de nature exclusivement inflammatoire. La disparition rapide du rhumatisme le plus nettement carac-

térisé chez l'enfant prouve contre cette doctrine, de la même manière qu'un caractère plus général de la même maladie, savoir, sa mobilité, sa migration rapide d'une articulation malade sur une articulation saine.

Nous avons dit que chez l'enfant comme chez l'adulte, la cause, quelle qu'elle soit, qui détermine le rhumatisme articulaire aigu, peut ne pas épuiser son action sur les articulations, mais atteindre simultanément des tissus similaires dans des appareils différents; ces tissus sont le péricarde, l'endocarde et l'enveloppe séreuse des poumons. MM. Rilliet et Barthez résument ainsi ces complications en s'appuyant tout à la fois et sur leur propre observation et sur celle des auteurs qui ont le plus attentivement étudié ce point intéressant de médecine pratique. « Les complications les plus ordinaires du rhumatisme, disent ces habiles observateurs, sont la péricardite et la pleurésie. Chez un de nos malades, ces deux affections coexistaient : elles avaient débuté en même temps que les douleurs rhumatismales; deux autres étaient atteints de péricardite, qui, dans aucun cas, ne fut très-intense. Dans l'observation de M. Piet, une péricardite intense débuta le troisième jour d'un rhumatisme aigu, et entraîna la mort le vingt-unième. Dans un autre fait qui nous a été communiqué par M. Legendre, un rhumatisme articulaire de courte durée fut suivi d'une chorée très-intense, compliquée, les derniers jours, de péricardite légère : elle se termina par la mort (1). »

Dans un cas que nous avons eu occasion d'observer dernièrement, et que nous rapporterons tout à l'heure, l'auscultation du cœur nous a permis de reconnaître un bruit anormal, qui n'était ni du souffle, ni du frottement, mais qui indiquait cependant un obstacle à la libre circulation du sang dans les cavités du cœur. Du reste, aucune médication spéciale n'a été dirigée contre ce symptôme qui a disparu spontanément.

De même que dans le rhumatisme articulaire aigu qui s'observe chez l'adulte, ce sont surtout ces complications qui commandent une médication active : toutefois, même en face de ces complications, il ne faut pas oublier qu'il s'agit ici d'une affection à siége multiple, qui, grâce aux conditions dans lesquelles elle se développe ici, tend beaucoup plus facilement à disparaître spontanément que chez l'adulte. Cette considération est très-importante, car elle doit conduire à apporter dans la thérapeutique commandée par la maladie, une réserve dont il est fort rare qu'on s'écarte sans danger pour les enfants.

Le fait suivant va montrer combien cette maladie est parfois bénigne,

(1) *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, t. Ier, p. 692.

et comment on aurait pu être tenté de sortir, sans profit pour la malade, de la réserve thérapeutique dont nous venons de parler.

M[lle] M..., âgée de onze ans, d'une constitution assez forte, mais d'une impressionnabilité nerveuse extrême, est prise, sans cause appréciable, d'une fièvre assez intense, avec perte complète d'appétit et insomnie. Appelé, peu de temps après le développement de ces accidents, auprès de la malade, je cherche en vain à m'expliquer les symptômes que j'observe. Cependant dans la nuit de ce même jour, M[lle] M... éprouve des douleurs dans les articulations des phalanges des doigts de la main droite, qui ne se plient que difficilement. En même temps i y a un mouvement fébrile assez intense avec céphalalgie et quelques nausées. Lorsque je revis la malade, je retrouvai les mêmes symptômes que la veille, mais je constatai de plus les accidents survenus du côt des mains. L'enfant ne pouvait plier les doigts de la main gauche sans y ressentir une assez vive douleur. Toutefois, il n'y a là aucun gonflement notable ; mais il n'en est pas de même de la main droite : l'articulation de la première avec la seconde phalange des trois premiers doigts était évidemment gonflée ; les tissus étaient légèrement rouges, luisants, tendus ; la flexion était très-douloureuse, la fièvre existait toujours vive, la peau légèrement sudorale. Le cœur ausculté battait avec force ; mais, comme nous l'avons dit déjà, les battements n'étaient pas nets, ils tendaient à se prolonger au souffle. Du reste aucune douleur à la région précordiale qui n'offrait de matité que dans l'étendue normale. Nous nous contentâmes de prescrire le repos au lit, une diète absolue, une tisane légèrement diaphorétique, et des onctions répétées cinq ou six fois par jour avec le baume tranquille sur les parties souffrantes. Pendant quatre jours, à partir du début des accidents, les choses changèrent peu ; puis il y eut une diminution notable dans les douleurs, le gonflement. Le bruit anormal du cœur disparut, la fièvre ayant suivi cette rémission dans les phénomènes locaux, nous commençâmes à nourrir légèrement la malade, et, au bout de deux jours, c'est-à-dire six jours après l'apparition des premiers accidents, la maladie avait complétement cessé.

Nous l'avouerons, ce n'est pas sans une certaine appréhension que nous nous sommes contenté, dans ce cas, de la médication simple que nous venons de rappeler. Le bruit anormal, bien que mal caractérisé, que nous offrait le cœur à l'auscultation, nous faisait craindre une complication grave, au moins dans ses conséquences possibles pour l'avenir. Cette sorte de souffle incomplet, avorté, si l'on veut, se liait, nous n'en doutons pas, à une légère congestion de la membrane interne du cœur. Nous savons bien qu'il n'est pas rare, dans de semblables circonstances,

de voir chez l'adulte ce phénomène disparaître aussi rapidement, même sans le secours d'une médication antiphlogistique active. Nous avons eu plusieurs fois occasion d'observer ce résultat dans le service de M. le professeur Andral et ailleurs; mais pourtant on ne saurait révoquer en doute aujourd'hui, que bien souvent les affections organiques du cœur ne reconnaissent pas d'autre point de départ que cette lésion de la membrane interne du cœur, compliquant soit un rhumatisme aigu, soit une pneumonie, soit une pleurésie. Quoi qu'il en soit à cet égard, chez l'enfant comme chez l'adulte, c'est là une complication possible du rhumatisme articulaire aigu. Le médecin doit, par conséquent, diriger de ce côté son observation, et se tenir toujours prêt à la combattre, si elle menace de s'élever à une gravité qu'heureusement elle n'a pas eue dans le cas que nous venons de rapporter. D'ailleurs il ne faut pas oublier que chez les enfants, le rhumatisme, dans ses lésions essentielles, est beaucoup moins grave, en général, qu'à un autre âge de la vie, et que cette bénignité doit se retrouver jusqu'à un certain point dans les maladies qui peuvent venir à le compliquer.

En résumé, le traitement du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant est le même que chez l'adulte. Seulement il ne faut pas oublier que, quand cette maladie survient dans ces conditions, il a une intensité beaucoup moins grande, et qu'au début au moins il ne faut pas recourir à une méthode antiphlogistique active. Il n'en serait pas de même s'il s'accompagnait d'une vive réaction, que plusieurs articulations fussent prises à la fois, et que surtout on vînt à observer quelqu'une des graves complications que nous avons signalées. Dans ce cas, il faudrait sans hésiter recourir à la saignée générale et à une diète sévère. Il est douteux qu'en pareille circonstance il fût prudent de mettre en usage un moyen qui paraît réussir en général chez l'adulte. Nous voulons parler du sulfate de quinine à hautes doses : les raisons qui contr'indiquent en général, chez les enfants, les narcotiques, doivent également faire redouter chez eux l'influence du sel de quinine.

M. S.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

TÉNOTOMIE ANALE PAR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE, APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DE LA FISSURE A L'ANUS.

Par M. le professeur Blandin.

Il est aujourd'hui tout à fait inutile de discuter la question de savoir si la fissure à l'anus, maladie si commune et si douloureuse à la fois,

est précédée ou suivie de la contraction du muscle sphincter anal, si cette contracture est le principe ou la conséquence de la maladie. En effet, on sait, à n'en plus douter, que la fissure ancienne et douloureuse est toujours accompagnée de cette tension musculaire; or, c'est là le seul point important à retenir; quel que soit le moment de son apparition, cette circonstance n'en constitue pas moins un élément très-sérieux, tellement sérieux même, qu'il domine toute la maladie, qu'il lui imprime des caractères particuliers, et qu'avant tout, en pratique, il importe de s'en débarrasser, pour obtenir une guérison prompte et durable.

Honneur donc soit rendu à Boyer! C'est lui qui a le premier reconnu cette contracture, et posé le principe de la *section du sphincter anal* dans la fissure, sans s'occuper de l'ulcération de la muqueuse. Il a prouvé, en effet, que la cicatrisation devient facile, du moment que l'anus, dilaté par l'opération, n'oppose plus d'obstacles à la défécation, et n'est plus exposé, pendant cet acte, à ces frottements pénibles et douloureux, qui sont une cause d'irritation sans cesse renaissante pour la solution de continuité, et qui empêchent son occlusion, ou la reproduisent lorsque la cicatrisation s'était par hasard opérée.

Qu'on ne croie pas, du reste, que l'opportunité de la ténotomie du muscle sphincter anal, dans les circonstances que nous indiquons, soit contestée par personne dans l'état actuel de l'art; plusieurs praticiens recommandables, poussés par le désir d'éviter l'opération, ont bien tenté quelques autres méthodes thérapeutiques contre la fissure; mais leurs essais, fort louables d'ailleurs, n'ont eu aucun succès dans les cas de fissures anciennes et très-douloureuses, les seules que Boyer ait réellement décrites, et auxquelles il ait proposé d'appliquer son opération. Les *méthodes astringentes, narcotiques, la cautérisation, l'excision simple, etc.*, n'ont jamais réussi, et ne peuvent réussir que pour les fissures sans contracture musculaire; non que l'on ne puisse obtenir par elles l'occlusion de la déchirure de la muqueuse, la chose arrive, au contraire, fréquemment; mais cette occlusion ne constitue pas une guérison véritable; alors, en effet, le rétrécissement de l'anus persiste, la défécation demeure pénible et douloureuse, et la faible cicatrice, si péniblement obtenue, ne tarde pas à se rompre, et la fissure à se reproduire; or, de tels résultats ne peuvent être présentés comme réellement avantageux. Un homme du monde, auquel j'ai donné des soins, et qui s'est constamment refusé à l'opération, mena pendant plusieurs années une vie pénible, éprouvant, ainsi que je viens de le dire, de continuelles récidives de sa maladie, et il finit par succomber à une affection abdominale, qui m'a paru avoir pour point

de départ les vives et persistantes douleurs de la défécation, et la morosité qui en était la conséquence.

Ainsi, dans certains cas bien définis, la ténotomie anale est parfaitement indiquée ; elle a rendu de grands services et est appelée à en rendre de plus nombreux encore à l'avenir ; seulement il importe qu'elle réponde par son peu de gravité à une objection que lui adressent encore ceux de nos confrères qui font de si persévérants efforts pour diminuer le champ de son application.

Boyer, comme je l'ai dit plus haut, a posé le principe de la section du sphincter, ajoutant même qu'il n'est pas nécessaire, pour le succès, de comprendre la fissure dans l'incision ; mais il a donné le conseil de diviser à la fois le muscle et la membrane muqueuse qui le recouvre, de manière à obtenir une plaie semblable à celle qui résulte de l'opération de la fistule à l'anus lorsque celle-ci a son trajet placé en dehors du sphincter. Du reste, en faisant ainsi, Boyer était de son temps ; alors, en effet, on ne connaissait pas la *méthode sous-cutanée*, et les rares ténotomies que l'on pratiquait soit chez l'homme, soit chez les animaux, l'étaient toujours ainsi, c'est-à-dire à l'air libre, et de manière à ce que l'inflammation suppurative des muscles en fût presque constamment la conséquence.

Une telle méthode, il est superflu de le dire, faisait courir des dangers à ceux qui s'y soumettaient ; une fois développée, l'inflammation de la plaie pouvait s'étendre à l'intestin, aux tissus qui l'entourent, aux veines hémorrhoïdales, dont les réseaux sont si variés à la marge de l'anus, et des désordres graves, la mort même par infection purulente, pouvaient en être la conséquence. Pour tout dire en un mot, la ténotomie anale de Boyer avait presque toute la gravité de l'opération de la fistule à l'anus, et, comme elle, de temps en temps, elle a fait quelques victimes.

On comprend, d'après cela, les objections qui lui ont été adressées, et ce que j'ai dit des efforts qu'ont faits les médecins pour ouvrir une voie différente à la thérapeutique de la fissure anale. On se révolte, en effet, disent ceux-ci, à l'idée que, pour guérir une simple excoriation de la muqueuse anale, il faille soumettre les malades à une opération capable quelquefois de déterminer la mort. Quoiqu'on puisse très-rationnellement répondre, avec Boyer, que cette affection n'est ni si petite, ni si indifférente qu'elle semble au premier abord, puisqu'elle suffit pour rendre la vie très-pénible et presque insupportable, cependant on ne saurait disconvenir, 1° qu'il y avait bien quelque raison dans la répugnance des médecins à accepter l'opération de Boyer, même pour les cas circonscrits auxquels il proposait de l'appliquer ; 2° qu'il

est assez difficile de faire comprendre aux gens du monde, lorsque l'opération s'est terminée d'une manière funeste, que ce malheur doit être attribué à la nature même de l'opération, et non à l'impéritie du chirurgien.

Ces réflexions que j'ai faites et ces embarras que j'ai éprouvés dans deux circonstances, où j'ai eu le malheur de perdre des sujets que j'avais opérés de la fissure par la méthode de Boyer, m'ont suggéré, il y a plusieurs années, la pensée d'appliquer à cette ténotomie la *méthode sous-cutanée* dont on venait de doter plusieurs autres espèces de ce genre opératoire. L'état réfractaire des esprits à l'endroit de cette opération, et peut-être aussi ce nom d'opération de la fissure, qui ne laisse pas suffisamment apercevoir le but que se propose celle-ci, la *section du muscle anal*, sont probablement les causes qui ont empêché quelque temps cette ténotomie de profiter des progrès de l'art opératoire. Cependant ce ne serait pas donner dans l'exagération que de soutenir que nulle autre n'avait autant besoin de subir l'influence de ces progrès, et ne devait en tirer un parti plus avantageux. Il suffit, en effet, de songer à la prodigieuse quantité de veines, et de veines souvent variqueuses que l'on rencontre dans la région anale, pour comprendre combien on a intérêt à éviter les accidents inflammatoires, lorsque l'on pratique une opération dans cette région.

Eh bien! la ténotomie anale perfectionnée possède véritablement ces avantages si désirables; elle réalise l'absence d'inflammation traumatique suppurative dans une opération de la classe des *diérèses*, et met de la sorte certainement à l'abri des accidents d'infection purulente, les seuls à redouter dans l'opération de la fissure. Aussi laisse-t-elle bien loin d'elle les autres méthodes thérapeutiques proposées contre cette affection: elle est plus expéditive, plus sûre dans ses résultats, et sous le rapport de la gravité on ne peut la comparer qu'aux plus simples de ces méthodes; aussi bien que l'opération de Boyer, elle fait cesser le rétrécissement de l'anus, l'élément de la maladie qu'il importe surtout de détruire pour obtenir la guérison; et, ce qui est très-important, elle ne retient le malade au lit que trois ou quatre jours, c'est-à-dire juste le temps nécessaire pour l'agglutination des bords de la piqûre faite à la peau pour l'introduction du ténotome.

La manœuvre de la ténotomie anale sous-cutanée n'est pas aussi facile qu'elle semble au premier abord; il est indispensable de s'y exercer sur le cadavre pour l'exécuter avec la précision désirable, et pour en tirer, dans la pratique, le parti le plus avantageux.

On peut se servir, pour cette opération, des ténotomes ordinaires, et en avoir deux, un pointu pour la ponction des téguments, un bou-

tonné pour la section sous-cutanée ; mais l'expérience m'a appris qu'on achève mieux la section musculaire avec un ténotome non boutonné qu'avec celui qui offre ce caractère ; et comme un instrument pointu ne pourrait, sans danger pour la membrane muqueuse du rectum qu'il importe surtout de ménager, être conduit entre cette membrane et le sphincter, j'ai fait construire un ténotome particulier, que l'on peut rendre alternativement, et suivant les besoins de la manœuvre, pointu ou boutonné. Ce petit instrument que j'ai déjà appliqué à plusieurs opérations différentes de la ténotomie anale, celle du phymosis, par exemple, est un bistouri caché véritable : sa lame est étroite et pointue, elle peut à volonté être montée à charnière sur le manche d'un bistouri ordinaire, ou rendue fixe sur celui-ci ; une tige métallique très-mince, un peu plus longue et plus large que la lame, tige mobile, que l'on fait mouvoir au moyen d'un mécanisme analogue à celui des canifs à coulisse, peut alternativement descendre sur la lame, et en couvrir le tranchant et la pointe, ou rentrer dans le manche et laisser à nu la lame tout entière de l'instrument.

Ceci étant posé, voici les règles qu'il importe d'observer dans l'exécution de cette opération :

Le malade doit être couché comme pour l'opération de la fistule, la région anale découverte autant que possible ; un aide relève la fesse du côté opposé à celui sur lequel on se propose d'opérer ; on fait tendre la peau au point qui doit être piqué ; on retire un peu la tige protectrice de la lame du ténotome, de manière a découvrir celle-ci dans l'étendue d'un centimètre environ ; on pique la peau latéralement, à trois centimètres en dehors de la marge de l'anus ; on enfonce la pointe du ténotome dans le tissu cellulaire, et du tranchant on agrandit de quelques millimètres la petite plaie, pour que l'instrument puisse s'y introduire facilement ; ensuite on fait complétement descendre la tige protectrice de l'instrument, sans retirer cependant la pointe de celui-ci de l'intérieur des parties ; on applique le pouce contre le bouton qui sert à mouvoir cette tige, pour être absolument certain qu'elle ne variera pas dans sa position ; on tend de la main gauche la peau correspondante ; on place le manche du ténotome à plat et presque parallèlement à la surface du périnée ; on presse doucement sur lui, et par des mouvements ménagés de latéralité, on le fait glisser sous la peau jusqu'à la marge de l'anus ; à ce moment, on introduit l'indicateur gauche dans le rectum, on fait basculer le ténotome de manière à lui donner la direction de cet intestin, et par des mouvements lents et continus de latéralité, on le fait remonter entre le sphincter et la muqueuse pendant que le doigt sert à protéger celle-ci et à gui-

der l'instrument ; aussitôt que le ténotome est parvenu au-dessus du sphincter, on dirige son tranchant en dehors, en se guidant sur des points de repère placés à cet effet sur le manche, et on le fait basculer un peu pour éloigner sa pointe de la membrane muqueuse ; on retire complétement sur le manche la tige protectrice de la lame ; par un mouvement de bascule en dehors, on appuie le tranchant de l'instrument à nu sur le sphincter ; on presse et on attire à soi, de manière cependant à ne pas faire sortir l'instrument au dehors ; enfin, on recouvre de nouveau le tranchant et la pointe de l'instrument, on l'enfonce dans la plaie, on le déboutonne, et on le fait agir comme précédemment, afin d'atteindre les fibres du muscle qui auraient pu échapper à la première division ; après quoi, on le retire à plat, en le couchant sur la surface périnéale, comme au moment de son entrée sous la peau.

Un petit emplâtre de sparadrap suffit pour fermer la piqûre et pour en favoriser la cicatrisation ; on peut le soutenir avec un bandage en T, et faire garder le lit au malade pendant un ou deux jours.

L'introduction du ténotome cause quelques douleurs ; mais elles sont de courte durée ; au bout de quelques instants, il n'y a plus qu'une faible cuisson qui finit par disparaître.

La partie la plus délicate de l'opération est celle dans laquelle on introduit le ténotome dans le tissu cellulaire qui forme le cercle même de l'anus ; en effet, la couche sous-muqueuse est très-mince en ce point, et le muscle touche immédiatement la surface tégumentaire ; de sorte qu'il faut de grandes précautions, d'une part pour ne pas léser cette surface, et d'un autre côté pour ne pas laisser en dehors de la section un faisceau du sphincter, ce qui obligerait à recommencer l'opération.

Dès les premiers jours, les malades cessent d'éprouver les douleurs et la gêne qui leur étaient habituelles ; le relâchement de l'anus rend la défécation facile ; les matières ne frottant plus douloureusement contre la fissure, elle ne tarde pas à se fermer ; la piqûre de l'opération, de son côté, n'est pas souillée par les fèces, à cause de sa position en dehors de l'anus, et elle se cicatrise promptement.

Il est inutile de faire remarquer que la ténotomie anale ne convient pas seulement aux cas de fissures, et qu'ainsi le nom qu'on lui donne quelquefois d'*opération de la fissure*, est tout à fait impropre ; Boyer déjà avait proposé d'étendre son application à la simple contracture du muscle sphincter. Grâce à la méthode sous-cutanée, on peut aujourd'hui aller plus loin encore, et soutenir que cette opération est indiquée chez tous les sujets qui ont une contracture du sphincter, quel que soit, du reste, le degré de simplicité ou de complication de cette contrac-

ture ; par exemple, j'en ai tiré un parti très-avantageux, dans certains cas de tumeurs hémorrhoïdales étranglées et maintenues saillantes à l'extérieur par la contraction soutenue du muscle sphincter.

Depuis le jour où j'ai fait pour la première fois la ténotomie anale sous-cutanée, je l'ai répétée *soixante-sept fois ;* dans aucun cas il n'est survenu d'accidents graves. Chez quelques sujets, la section d'abord pratiquée a été insuffisante, le faisceau le plus interne du sphincter n'ayant pas été compris dans la section ; alors j'ai été obligé de revenir à la charge, et j'ai fini par obtenir le succès ordinaire. Chez un malade de l'Hôtel-Dieu, cette année, un vaisseau volumineux ouvert dans le débridement musculaire, a fourni une hémorrhagie abondante sous la peau, hémorrhagie qui pour cette raison s'est arrêtée spontanément et avec facilité; mais le sang accumulé dans les parties l'a rompue suivant le trajet qu'avait parcouru le ténotome en glissant sous la peau et la muqueuse, et le résultat opératoire primitif a été semblable à celui de la ténotomie de Boyer; du reste, le malade a parfaitement guéri. Ainsi, comme on le voit, cette ténotomie est fort avantageuse; elle compte déjà de nombreux succès sans partage. La seule chose que je recommande encore à ceux de mes honorables confrères qui voudront la répéter, c'est de s'y exercer sur le cadavre; car, ainsi que je l'ai précédemment fait remarquer, il est plus difficile qu'on ne pourrait le croire de comprendre tout le sphincter dans l'incision. Sans doute l'opération a des suites tellement simples, qu'on ne doit pas hésiter à la recommencer lorsqu'elle n'a pas été aussi heureuse qu'on l'espérait, mais cependant c'est une contrariété qu'on doit toujours chercher à éviter. PROF. BLANDIN.

NOTE SUR LA TEMPÉRATURE A DONNER A L'EAU DESTINÉE AUX IRRIGATIONS DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES GRAVES.

Ce serait aujourd'hui s'imposer une tâche tout à fait superflue que de vouloir chercher à démontrer l'efficacité de l'emploi de l'eau en arrosement continu dans un grand nombre de maladies chirurgicales. L'expérience des anciens avait déjà prononcé à cet égard, et si de temps à autre on avait eu le droit de se défier de l'exagération de certains médecins qui se seraient volontiers écriés comme Blondus : « Ego autem mirificum opus aquæ perspiciens in sectis partibus, satis non possum « mirari virtutem ejus super cœlestem. » L'eau n'avait pas moins continué d'être fréquemment employée dans le traitement d'une infinité de lésions, et notamment dans celui des plaies graves. On peut dire cependant qu'aucun travail vraiment important n'avait été publié sur

cette matière jusqu'en 1786, époque à laquelle Lombard ajouta à ce qui était déjà connu, le résultat de son expérience personnelle, et rapporta divers exemples de guérison de blessures graves par le seul emploi de l'eau froide. Mais c'est surtout de nos jours que l'on a cherché à répandre l'usage de ce moyen si simple, et parmi les médecins dont les travaux ont le plus contribué à ce résultat, il faut citer surtout Josse d'Amiens, Samson, Breschet, A. Bérard, Velpeau, Jobert, Malgaigne. Tous ces efforts ont été couronnés de succès, en ce sens que les irrigations ont passé définitivement dans le domaine de la thérapeutique chirurgicale; et l'on trouverait à peine un praticien qui n'ait eu plus ou moins souvent l'occasion d'en faire usage et d'en retirer même quelquefois des effets inespérés. Néanmoins, lorsqu'il s'agit de savoir à quelle température l'eau doit être mise en contact avec les surfaces malades, on reconnaît que les avis sont étrangement partagés. Les uns, en effet, ne se servent que de l'eau de puits dont la température, ne variant que de quelques degrés dans tout le courant de l'année, doit paraître relativement plus fraîche en été qu'en hiver; quelques-uns même la rendent plus froide encore en y ajoutant de la glace; d'autres veulent que l'eau soit mise préalablement à la température de l'air ambiant, ou qu'on lui donne un degré de chaleur à peu près égal à celui de la chaleur naturelle du corps. Des observations nombreuses ont, il est vrai, été rapportées à l'appui de ces opinions diverses, et malgré cela il serait difficile de se prononcer en faveur de l'adoption exclusive de telle ou telle température et de déterminer à l'avance pour tous les cas, sans exception, le degré auquel on devra porter l'eau destinée à arroser une blessure grave.

On voit, par exemple, que les anciens médecins grecs employaient l'eau à la température de l'atmosphère; quelques-uns allaient jusqu'à l'employer tout à fait chaude, lorsqu'il n'y avait eu que de fortes contusions sans plaie des téguments. Ils avaient même une pratique bien différente en ce genre de celle que nous avons pu voir observée dans ces derniers temps par plusieurs chirurgiens de nos hôpitaux; car ils défendaient expressément l'eau froide dans les cas de fractures compliquées de plaies considérables avec issue des fragments, dans la crainte de provoquer des frissons, le tétanos et le sphacèle du membre. On trouve à la section 5e de ses Aphorismes, qu'Hippocrate donnait, dans ce cas, presque constamment la préférence à l'eau chaude.

Celse recommande de se servir d'éponges imbibées d'eau froide; mais il distingue cependant des cas dans lesquels l'eau chaude lui paraît préférable. Le passage suivant en est la preuve : « Si gravis inflam-« matio est, neque glutinandi spes est, ea quæ pus moveant; aquæ ca-

« lidæ necessarius usus. » (Lib. V, cap. xxvi, *De Curat. vulnerum.*) Il en est de même de Galien qui, plus tard, il est vrai, avait fini par donner la préférence à l'huile chaude dans une multitude de cas.

Malgré le peu d'estime que les Arabes professaient pour les médicaments simples, Avicenne cependant employait l'eau sous forme d'arrosement continu. Il sut même faire varier la température suivant les circonstances ; ainsi il rejetait l'eau froide toutes les fois qu'il pouvait supposer que le travail d'organisation du cal était commencé. Pour les luxations, il faisait également varier la température suivant les saisons, employant l'eau chaude en hiver, et l'eau froide en été.

Au moyen âge, l'usage de l'eau comme application externe avait été presque abandonné, malgré les tentatives faites de temps à autre par quelques chirurgiens pour la réhabiliter dans les esprits. C'était cependant l'eau froide qui arrachait à Blondus le cri d'admiration que nous avons rapporté plus haut. C'était également de l'eau froide que celle sur laquelle, plus tard, certains charlatans prononçaient des paroles et qu'ils appliquaient sur les plaies. Brantôme rapporte que *durant le mémorable siége de Metz, en 1553, étoit en la place un chirurgien nommé Doublet, lequel fesoit d'estranges cures avec du simple linge blanc et belle eau claire venant de la fontaine ou du puits. Mais il s'aydait de sortiléges et paroles charmées, et un chacun alloit à luy, bien qu'il fust maistre Ambroise Paré tant renommé depuis et tenu le premier de son temps.*

Dans ces dernières années, les chirurgiens qui ont employé l'eau dans le traitement des plaies ont également différé d'opinion sur le degré de température nécessaire à lui donner. C'est ainsi que M. Bérard, dans quelque saison que ce fût, s'est toujours servi d'eau de pompe, dont la température varie peu, comme nous l'avons déjà dit ; M. Breschet a bien employé également l'eau de fontaine ou de puits, qu'il rendait plus froide même dans certains cas en y ajoutant de la glace. Mais, d'un autre côté, M. Josse, d'Amiens, qui, de tous les médecins, est peut-être celui qui a fait le plus souvent usage de l'eau dans les cas de blessures graves, n'a pas cru devoir adopter une règle de conduite uniforme sous le rapport du degré de température qu'il s'agit de lui faire atteindre. « Tout ce que l'on peut dire, écrit-il, c'est que la température doit être moins élevée que celle des parties sur lesquelles on l'applique, et aussi basse que le malade pourra la supporter sans douleur. Ces deux points extrêmes peuvent s'étendre depuis 0° et même au-dessous jusqu'au degré de la chaleur animale, et même au delà. Tout ce qu'il est permis d'avancer, c'est que la première application de l'eau doit faire naître sur les parties l'impression du froid. »

M. Velpeau veut aussi que la température soit tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de celle de l'atmosphère, suivant qu'il s'agit d'éteindre ou simplement de modérer l'inflammation.

On voit par ces citations, qu'il serait inutile de multiplier, combien sont loin d'être précises les règles suivant lesquelles les chirurgiens fixent la température de l'eau employée en irrigations dans le traitement des plaies graves qui seules nous occupent en ce moment. Tout en reconnaissant que cette question, comme plusieurs de celles qui se rattachent à la thérapeutique, ne peut être résolue d'une manière absolue pour tous les cas, nous pensons cependant qu'à défaut de règles exclusives il est certaines circonstances qui, en raison de leur fréquence, doivent être prises et sérieusement en considération, et peuvent servir à déterminer la température de l'eau qui sert à faire une irrigation.

Parmi ces circonstances, les unes dépendent du sujet qui est soumis au traitement, les autres de la nature et du degré de gravité de la lésion, d'autres enfin, toutes différentes des premières, se rattachent à la saison dans laquelle on se trouve.

Circonstances propres au malade. — S'agit-il d'un individu très-impressionnable, à système nerveux facilement irritable, on devra s'abstenir avec soin d'appliquer brusquement de l'eau dont la température serait de beaucoup inférieure à celle du corps; on devra toujours alors commencer par de l'eau tiède, et n'arriver qu'insensiblement et par degrés à l'emploi de l'eau froide; encore peut-être devrait-on entièrement y renoncer, si l'on avait affaire à un malade comme celui dont parle M. Richet dans sa thèse de concours, qui, affecté d'une névralgie de la cinquième paire, est non-seulement dans l'impossibilité de se laver la figure avec de l'eau froide ou de boire froid, mais ne peut même pas, depuis bientôt deux ans, sortir de l'appartement sans ressentir à l'instant même d'atroces douleurs s'accompagnant d'une tuméfaction fluxionnaire du visage, qui survient d'une manière presque instantanée.

Il en serait de même si, plus ou moins de temps après l'accident, le malade se trouvait dans un état de prostration considérable, de torpeur des forces vitales et de refroidissement général; autrement, en effet, on pourrait craindre qu'en soustrayant le peu de chaleur restant par le contact de l'eau trop froide continuellement appliquée, il ne devînt désormais impossible de réveiller l'organisme, et d'obtenir une réaction nécessaire à l'entretien des fonctions.

Nous pensons qu'il est également à propos de s'abstenir des applications froides continues, si le sujet était auparavant épuisé par une maladie longue ou de nature à pouvoir reparaître ou s'aggraver sous

l'influence du froid ou de l'humidité; tels sont les rhumatisants, les phthisiques, etc.

Circonstances se rattachant à la lésion pour laquelle on emploie l'irrigation. — Toutes les plaies compliquées ont chacune leur manière d'être particulière, leur anatomie, si je puis dire, qui doit être prise en considération, et diriger jusqu'à un certain point dans le choix de la température à donner à l'eau une fois qu'on s'est décidé à en faire usage. Les fractures des extrémités des membres, accompagnées de plaies contuses et de délabrement considérable des parties molles, avec déchirure des vaisseaux, celles dans lesquelles une portion du membre ne tient plus au reste du corps que par un point plus ou moins étroit, qui sert de passage aux seuls vaisseaux devant désormais fournir les matériaux de sa nutrition, celles aussi qui sont compliquées d'épanchement sanguin ayant infiltré tous les tissus, et dans lesquelles la circulation ne se fait plus que difficilement, toutes ces fractures, dis-je, ne doivent point être traitées immédiatement par l'eau froide; car on risquerait, ainsi que les observations le prouvent, de voir en un court délai des parties qu'il est toujours important de conserver, perdre le peu de vie qui leur restait, tomber en gangrène, et d'aggraver de cette façon la position du malade au lieu de l'améliorer. Ces tristes exemples de mortification plus ou moins étendue ont été trop souvent observés pour qu'on n'ait point toujours à redouter un pareil accident lorsqu'on emploie l'eau froide, et à plus forte raison l'eau glacée. On trouve, au reste, une preuve que cette crainte n'est que trop réelle dans le passage suivant des conclusions du Mémoire d'A. Bérard sur l'emploi de l'eau froide dans le traitement des maladies chirurgicales : « La gangrène, dit-il, est le seul accident à redouter par suite de l'irrigation longtemps prolongée; quand elle survient, ce n'est pas dans la plaie elle-même, mais dans la partie du corps qui est au delà de la plaie; elle survient lorsque la presque totalité des parties molles de la périphérie du membre a été désorganisée par la contusion; elle semble due à ce que l'eau froide s'oppose à la libre circulation du sang dans la portion des parties molles restée intacte et qui sert de moyen d'union entre l'extrémité du membre et le reste du corps. »

En présence d'inconvénients aussi graves, voici encore ce que nous proposerions de faire dans ce cas. On commencera par des irrigations tièdes, chaudes même, dans le but de ranimer la vie prête à s'éteindre dans les parties malades, en favorisant la circulation dans les vaisseaux qui restent encore intacts; et aussitôt que l'on croira avoir suffisamment atteint ce but, et sans attendre le développement d'une réaction trop vive, on fera bien de diminuer progressivement la température du

liquide, afin de s'opposer définitivement au développement de l'inflammation, qui ne suit que trop souvent les lésions traumatiques graves.

Mais il arrive quelquefois que le médecin n'est pas immédiatement appelé pour une plaie récente, alors même qu'elle offre un haut degré de gravité, et qu'il s'est écoulé un intervalle assez long pour qu'une vive inflammation ait eu le temps de s'établir. Ici encore notre avis est que, si l'on veut employer l'eau comme topique, il vaut mieux ne point l'employer froide. Les irrigations tièdes conviennent seules dans ces cas, aussi bien pour soulager les douleurs qu'une réaction plus ou moins violente est venue ajouter à celles de la blessure primitive, que pour prévenir les suites fâcheuses de l'inflammation, ou toutes au moins pour en resserrer les effets dans des limites compatibles avec l'entretien des fonctions.

Enfin, pour en terminer avec les circonstances qui se rattachent à l'état local des plaies, disons que si ces dernières sont toutes en surface et non en profondeur, comme les brûlures, par exemple, l'eau froide semble pouvoir être employée de prime abord, et sans aucun danger, eu égard, du moins, à la disposition spéciale des parties lésées. Il y aurait même, dans ces cas, avantage à employer l'eau glacée ; ainsi, à l'article *Brûlure* du *Dictionnaire* en 25 vol., on trouve une observation fort intéressante de M. Lacretelle, qui, dans un cas de brûlure comprenant la plus grande partie des téguments de la face postérieure d'un des membres inférieurs, de la fesse, et du côté correspondant du tronc, put prévenir une réaction trop vive et les suites funestes de la suppuration, en couvrant de vessies, remplies d'eau glacée, une grande partie de la surface brûlée. Au bout de douze ou quinze jours, les parties non recouvertes avaient commencé à se cicatriser, quand celles en contact avec l'eau glacée commençaient seulement à suppurer. C'était, sans contredit, tirer ingénieusement parti de la propriété que paraît avoir l'eau froide de retarder l'époque de la suppuration des plaies, et la tentative fut couronnée d'un plein succès.

La pratique de M. Jobert est bien propre aussi à encourager l'emploi de la glace dans les brûlures. Voici, d'après une communication verbale faite par cet habile chirurgien à M. Richet, ce que l'on trouve dans la Thèse de ce dernier : « Si la brûlure est à l'un des quatre premiers degrés, n'importe lequel, M. Jobert maintient la réfrigération jusqu'à cicatrice ; dans les deux derniers degrés, dès que les symptômes de réaction ne sont plus à craindre, il remplace la glace par l'eau fraîche, puis par l'eau à la température ordinaire, et arrive

ainsi, par gradation insensible, à reprendre le pansement des plaies suppurantes. Par ce mode de traitement, cet habile chirurgien conjure non-seulement les symptômes inflammatoires locaux si graves, qui accompagnent presque constamment les brûlures, mais encore les symptômes généraux, et principalement la réaction sur les muqueuses respiratoires et digestives. Enfin, et c'est là un point de la plus haute importance, M. Jobert affirme éviter, dans le plus grand nombre des cas, la formation de ces brides qui, après la cicatrisation, constituent des difformités contre lesquelles luttent en vain les procédés chirurgicaux.

Saison pendant laquelle l'irrigation est pratiquée. —L'époque de l'année dans laquelle on se trouve au moment où l'on emploie l'eau en irrigation doit également, selon nous, entrer pour une certaine part dans la détermination de la température à donner à l'irrigation. Ainsi, comme on ne peut guère empêcher que la partie du corps qui reçoit le courant d'eau continu ne soit découverte, si, en hiver, on employait de l'eau trop froide, il y aurait à craindre que l'impression qu'elle produit, se joignant à celle occasionnée par l'air ambiant, ne vînt à refroidir la partie malade d'une façon tout au moins inutile, fâcheuse même dans certains cas. Eu égard à la saison d'hiver, on devra donc, sauf toutefois des indications spéciales, employer l'eau tiède, là où en été on aurait employé l'eau à la température de l'atmosphère.

Ajoutons, en terminant, qu'il nous paraît plus prudent, en été comme en hiver, de ne point suivre une règle de conduite invariable, applicable à tous les cas; mais, en tenant compte des conditions diverses que nous n'avons fait qu'indiquer, de savoir faire varier la température, de l'élever ou de l'abaisser, suivant la sensation de malaise ou de bien-être que le malade en éprouvera; de mesurer et de consulter avec soin sa susceptibilité, et, dans ce cas, comme pour tous les genres de médication, d'étudier la tolérance du sujet. S. L.

APPRÉCIATION DES RÉSULTATS DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE A L'AIDE DES PROCÉDÉS DE LA STATISTIQUE.

Encore une fois, et ce ne sera probablement pas la dernière, la question du parallèle de la taille et de la lithotritie a été portée devant l'Académie de médecine ; c'était à l'occasion d'un rapport de M. Roux sur les avantages respectifs de la taille et de la lithotritie chez les enfants. La pratique de M. Civiale ayant été particulièrement mise en cause dans ce rapport, cet honorable praticien a cru devoir relever le gant, et il a franchement accepté la discussion. Personne mieux que

lui, assurément, n'était à même de porter devant l'Académie des documents nombreux et précis, tels qu'il en faut pour résoudre de pareilles questions; personne ne pouvait mieux que lui préciser et formuler avec netteté les termes du débat. C'est ce qu'il a fait dans deux lectures consécutives, dont l'une a eu principalement pour objet d'exposer les résultats de sa propre pratique, et l'autre d'apprécier, à l'aide de la statistique, les résultats généraux de la taille. Nous extrayons de ce travail la double série de résultats auxquels les recherches de M. Civiale l'ont conduit, afin que nos lecteurs aient sous les yeux les éléments de la question qui va se débattre.

Commençons d'abord par le résumé de la pratique particulière de M. Civiale.

De 1824 à 1836, il a visité 506 calculeux, dont 307 furent soumis à la lithotritie, et 199 se trouvèrent en dehors de l'application de cette méthode.

Parmi les calculeux lithotritiés,	9 avaient	de 7 à 20 ans.
——	55	de 20 à 40 ans.
——	105	de 40 à 50 ans.
——	138	de 60 à 80 ans.

Le nombre des guérisons a été de 296, celui des morts de 7, celui des guérisons incomplètes de 3.

De 1836 à 1845, 332 calculeux ont été visités. Il en a lithotritié 241; 91 n'ont pas été opérés par la nouvelle méthode.

Ce qui donne un total de 838 malades, dont 548 ont été traités par la lithotritie.

A quoi il faut ajouter : 25 opérations nécessitées par des récidives; 8 combinaisons de la taille et de la lithotritie; 10 malades traités depuis la rédaction de ces tableaux.

Total général, 591 cas, où, dans l'espace de vingt-deux années, il a trouvé sa méthode applicable.

Sur ce nombre il compte 566 guérisons.

Plus, 14 cas dans lesquels la mort s'est rattachée d'une manière plus ou moins directe à l'opération.

Plus encore, 11 cas dans lesquels M. Civiale a regardé la guérison comme incomplète, c'est-à-dire que la pierre a été morcelée et que les fragments ont été retirés ou expulsés naturellement, mais que par suite d'états morbides, soit de la prostate, soit de la vessie, coexistants avec la pierre, les malades ont continué de souffrir pour uriner, leur santé ne s'est point rétablie, et ils ont survécu en souffrant, moins toutefois qu'avant la destruction du calcul.

Veut-on savoir maintenant quels sont les résultats de la taille?

Voici, d'après un relevé présenté il y a quinze ans à l'Institut, par M. Civiale, le résultat d'opérations de taille faites dans différentes localités.

M. Civiale a réuni 5,900 faits concernant 5,497 hommes et 309 femmes ; 2,710 enfants, 1,863 adultes et 751 vieillards ; dans 576 cas, l'âge n'était pas indiqué avec précision. Sur ce nombre 4,446 malades ont été opérés, savoir 3,991 par la cystotomie, 62 par l'extraction de la pierre sans incision, 73 par l'urétrotomie, et 320 par la lithotritie.

Quant à la cystotomie, le résultat fut 3,202 guérisons, 77 fistules, 34 incontinences d'urine, 42 récidives et 730 morts. Dans 41 cas, le résultat est demeuré inconnu. Dans 1,452, les indications sont incomplètes ; dans 593, on ne dit pas ce que sont devenus les malades ; pour 859, on dit seulement que ceux-ci n'ont pas été opérés, que 417 succombèrent peu de temps après avoir été visités, que 442 continuèrent de vivre avec leur pierre, et que ceux-là furent perdus de vue.

En réunissant les faits anciens et nouveaux, on en trouve 9,512, nombre sur lequel il faut déduire 1,012 cas provenant de la répétition des mêmes faits dans les tables de Marcet, Cross et Yalloly. Restent donc 8,500 faits soumis à l'action de la statistique, c'est-à-dire catégorisés avec plus ou moins de soin, de manière à mettre en relief des conséquences que le mode de déduction généralement usité avait fait entrevoir, mais à l'égard desquelles il s'était glissé des erreurs que le mode nouveau a fait ressortir.

Malgré cette masse de faits, M. Civiale n'a pas pensé que le moment fût encore venu de déterminer d'une manière absolue la proportion de la mortalité après la taille, parce qu'il est généralement reconnu que les tables faites antérieurement à la lithotritie, celles même qui passent pour être les plus exactes, sont, en réalité, fort imparfaites. Néanmoins, en réunissant les faits nouveaux aux plus authentiques de ceux dont la science était déjà en possession, on trouve une mortalité de 1 sur 4,81. Cette proportion est établie sur 5,875 cas de taille, qui ont donné 1,221 morts, sans compter les guérisons incomplètes.

Il convient d'ajouter que, dans ce résumé général, sont compris tous les malades sans distinction de sexe, d'âge et de condition. Or, si l'on se rappelle que, sur un nombre donné de calculeux, la moitié n'ont pas quatorze ans ; qu'à cette époque de la vie, la mortalité après la taille est moindre de moitié au moins, on aura une idée approximative de ce qu'a été cette mortalité chez l'adulte et surtout chez les vieillards.

Les résultats qui précèdent sont corroborés par les relevés de Bristol, qui fixent la mortalité à 1 sur 4,68, pour les enfants d'un à dix ans (135 taillés, 29 morts) ; ceux de Yelloly, qui la portent à 1 sur

5,17 (537 opérés, 69 morts), pour les sujets au-dessous de quatorze ans; ceux, enfin, de Smith, qui relatent 132 cas de taille, recueillis à Lœds, et dont 83 chez des sujets au-dessous de dix ans, établissent une proportion de mortalité de 1 sur 4,71.

Les faits recueillis dans les hôpitaux de Paris viennent donner un nouvel appui à la valeur de ces chiffres. M. Civiale a prouvé, dans ses relevés, qu'avant 1830, sur 100 malades taillés à l'Hôtel-Dieu, 56 avaient guéri et 28 succombé, le résultat n'étant point indiqué pour les autres; à la Charité, sur 70 opérés, il y a eu 35 morts. Depuis, les résultats n'ont pas été plus brillants. De nouveaux relevés des opérations pratiquées dans les hôpitaux établissent que, de 1836 à 1842, sur 73 opérations de taille, à tout âge, il y a eu 45 guérisons et 25 morts, le résultat n'étant pas indiqué dans trois cas. M. Roux, dans le rapport qu'il a lu récemment à l'Académie sur ce sujet, est convenu que, de 21 adultes ou vieillards qu'il a taillés depuis qu'il est à la tête de l'Hôtel-Dieu, il y a eu 10 morts et 11 guérisons seulement. Sur 17 malades reçus dans le même hôpital, mais traités par d'autres chirurgiens, l'opération a donné à peu près les mêmes résultats.

Souberbielle, qui avait la réputation de guérir tous les calculeux, n'était pas plus heureux en réalité; car on voit dans un rapport lu en 1835, à l'Académie de médecine, que 39 des dernières opérations faites par ce chirurgien, sur des hommes adultes ou vieillards, ont donné pour résultat 28 guérisons et 11 morts.

Enfin, on avait beaucoup parlé des succès que Dupuytren obtenait de la taille bi-latérale, et l'on avait fixé la mortalité à 1 sur 12 après cette opération. Mais d'après un tableau que ses exécuteurs testamentaires ont fait connaître, sur 89 opérés, dont la majorité n'avaient pas atteint quatorze ans, il en est mort 19, c'est-à-dire 1 sur 4,66.

Ainsi en réunissant les faits nouveaux qui viennent d'être cités, et à l'égard desquels on possède tous les renseignements désirables, on voit que tantôt le tiers, tantôt la moitié des adultes et des vieillards succombent après la taille dans les hôpitaux de Paris, et même dans la pratique particulière.

On a vu plus haut les résultats que la lithotritie a donnés entre les mains de M. Civiale. Des objections ont été faites à ces calculs, auxquels on a cherché à substituer un système de dénombrement qui consiste, après avoir défalqué les enfants, les femmes, et les cas de grosses pierres, de calculs muraux et enkystés, auxquels la lithotritie, dit-on, ne serait point applicable, à réduire à 250 sur 1,000, c'est-à-dire à un quart, la proportion des cas qui peuvent être traités par la lithotritie, et à 147 sur 1,000, un tiers, le nombre des sujets guéris par la

lithotritie. Voici en quels termes M. Civiale relève ces appréciations : « Acceptons, dit-il, l'hypothèse dans laquelle on s'est placé ; prenons l'art au point où il se trouve aujourd'hui, agissons sur des faits bruts, abstenons-nous de toute interprétation tendant à appuyer des idées arrêtées d'avance, et voyons combien la lithotritie peut avoir de succès sur 1,000 calculeux donnés. Voici ce que les résultats cliniques les plus authentiques permettent d'établir :

« Sur 1,000 calculeux, 750 seront traités par la nouvelle méthode; l'opération donnera 732 guérisons et 18 morts. Restent 250 malades qui devront être taillés ; sur ce nombre on trouvera 150 enfants et 100 adultes ou vieillards; la mortalité sera, pour les premiers, de 1 sur 9 ou 10 ; pour les autres, de 1 sur 2 ou 3. Ainsi, sur 1,000 calculeux traités aujourd'hui par les moyens dont l'art dispose, et dans les limites naturelles de l'emploi de ces moyens, on en sauvera 932, et 68 succomberont; tandis qu'avant la lithotritie, le nombre des morts eût été de 240, sans compter les infirmités. »

Mais cette proportion, ajoute M. Civiale, établie en bloc d'une manière abstraite, est peu propre à faire ressortir tous les avantages de la nouvelle méthode. Il rappelle, à ce sujet, qu'au début de sa pratique, il n'y avait guère que la moitié des calculeux qui pussent être traités par la lithotritie, tandis qu'aujourd'hui on en opère à peu près les trois quarts.

Résumant les termes du problème de la valeur comparative de la lithotritie et de la taille, M. Civiale conclut :

1° Que la lithotritie bien faite et dans les limites rigoureuses de son application, sauve 96 à 98 malades sur 100 ;

2° Que le quart des calculeux encore réfractaires à la lithotritie peuvent être soumis à la taille ;

3° Que pour la taille, appliquée d'une manière exclusive et sans distinction d'âge, on perd de 25 à 30 malades sur 100 ;

4° Qu'appliquée aux enfants seuls, la taille en sauve les neuf dixièmes ;

5° Qu'appliquée aux adultes et aux vieillards, elle en sauve de 50 à 75 sur 100.

CHIMIE ET PHARMACIE.

RÉHABILITATION DU SULFATE DE MAGNÉSIE. — ACTION DU CAFÉ ET DU TANNIN EN PARTICULIER SUR L'AMERTUME DE CE SEL.

Il y a quelques mois, un élève en médecine, M. Desvouves, a fait connaître la propriété qu'a le café d'enlever l'amertume au sulfate de

quinine, action sur laquelle nous avons nous-même publié quelques observations. Aujourd'hui un élève en pharmacie, M. Combes, vient faire connaître cette même action du café sur le sulfate de magnésie.

M. Combes ayant reconnu que cette action était due au tannin du café, a essayé l'action de ce principe même sur le sulfate de magnésie. 10 centigrammes de tannin pur qu'il a fait bouillir avec le sel et de l'eau ont suffi pour masquer l'amertume de 30 grammmes de sulfate de magnésie; mais bien que le tannin seul masque l'amertume du sel magnésien sans nuire à ses propriétés, M. Combes préfère l'emploi du café qui, agissant par son tannin, a l'avantage de masquer la saveur de ce dernier par ses principes aromatiques. Voici comment il conseille d'opérer :

Sulfate de magnésie.	30 grammes.
Poudre de café torréfié pur	10 grammes.
Eau (environ).	500 grammes.

Faire bouillir fortement pendant deux minutes dans un vase non étamé; retirer du feu et laisser infuser pendant quelques minutes, puis filtrer. On sucre à volonté et on boit chaud.

Nous avons vérifié par l'expérience l'exactitude des faits annoncés par M. Combes. Nous ajouterons que pour que l'action du café se produise, il faut bien tenir compte des recommandations de l'auteur, savoir : de faire bouillir le café avec le sel, et d'éviter pour cela l'emploi de vases étamés. Nous insistons sur ce dernier point, afin que si les praticiens veulent faire exécuter cette préparation chez leurs malades, ils fassent la recommandation expresse de se servir de vases de terre.

Nous avons fait avec le sulfate de soude la même expérience qu'avec le sulfate de magnésie; mais nous n'avons obtenu qu'un résultat incomplet.

La découverte de M. Combes réhabilite le sulfate de magnésie en permettant de le prescrire aux malades qui ne pouvaient le prendre à cause de sa grande amertume, ainsi qu'à ceux que leur fortune ne permet pas d'aborder le citrate de magnésie.

Est-il nécessaire de faire remarquer que le café purgatif au sulfate de magnésie est une préparation tout extemporanée?

Les expériences de M. Combes établissent que l'action est produite sans décomposition du sulfate magnésien : ce fait vient confirmer celui que nous avancions à propos de la même action du café sur le sulfate de quinine, que ce sel était, seulement pour une proportion excessivement faible, transformé en tannate, tandis que tout le reste était intact.

La thérapeutique connaît aujourd'hui et peut mettre à profit la propriété qu'a le café d'enlever l'amertume à trois substances importantes de la matière médicale : le séné, le sulfate de quinine et le sulfate de magnésie. Le café ne produirait-il pas cette action sur la plupart des substances amères? Voilà un sujet de recherches assurément bien digne d'être entrepris.

FORMULE DE CRAYONS D'AZOTATE D'ARGENT ET DE POTASSE.

Selon le docteur Desmares, le sulfate de cuivre, caustique efficace dans les cas de granulations encore vasculaires, est impuissant lorsqu'elles deviennent pâles et presque cartilagineuses. D'autre part, la cautérisation avec le crayon d'azotate d'argent cause quelquefois une réaction trop forte, et détermine ainsi des accidents sérieux. Dans le but d'éviter ces deux inconvénients, l'insuffisance du sulfate de cuivre et l'énergie trop grande du nitrate d'argent pur, M. Desmares fait préparer une série de crayons composés de nitrate d'argent et de nitrate de potasse dans les proportions, pour le premier, de moitié, un quart, un huitième. En voici le mode de préparation :

On mêle les deux sels, on les fait fondre dans un creuset d'argent ou de platine ; on agite de temps en temps avec une baguette de verre ; aussitôt que la masse est en fusion tranquille, on la coule dans une lingotière à la manière du nitrate d'argent pur.

Ces crayons sont durs, fermes, lisses et peu altérables à l'air ; on les porte dans la trousse comme la pierre infernale.

EXTRACTION DE L'IODE DES DISSOLUTIONS ÉTENDUES ET DES BAINS IODURÉS EN PARTICULIER.

Aujourd'hui que l'emploi de l'iode et surtout de l'iodure de potassium est si fréquent et leur prix si élevé, les moyens de retirer ces corps de leurs dissolutions étendues acquièrent de plus en plus d'importance. M. Persoz vient de publier, dans le *Journal de pharmacie*, un procédé pour cet objet, qui nous paraît être un perfectionnement à ceux déjà connus.

Pour l'exécuter, on fait passer du gaz sulfureux dans les eaux iodurées jusqu'à ce qu'elles exhalent une légère odeur, à l'effet de ramener à l'état d'iodide hydrique tout l'iode qui pourrait s'y trouver à l'état d'iodate, puis de prévenir la formation du précipité qui prend naissance par l'action mutuelle du sulfite sodique et du sulfate cuivrique, et enfin de provoquer la réduction de l'oxyde cuivrique. On fait alors dissoudre successivement dans le liquide en traitement 1 partie de sul-

fate de cuivre et 1 partie de bisulfite de soude, en calculant approximativement la dose du premier sur la quantité d'iode supposée en dissolution, d'après cette donnée qu'il faut environ 3 parties de sulfate cuivrique pour 1 partie d'iodure potassique ou sodique. On abandonne ensuite la liqueur à elle-même ou on la fait bouillir, selon qu'on désire avoir le précipité immédiatement ou seulement au bout de quelques heures.

En formant ce précipité dans des vases coniques, il est facile de le concentrer sous un petit volume. Dans tous les cas, on le recueille sur un filtre, on le lave, on le dessèche et on en retire l'iode par les moyens ordinaires.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA PRÉPARATION DES SIROPS DE FRUITS.

Les sucs de fruits destinés à être transformés en sirop ne sont pas également riches en principe sucré. Jusqu'à présent les pharmaciens, ne tenant pas compte de cette variation, qui a lieu non-seulement d'un suc à un autre, mais dans une même sorte de suc, selon le procédé par lequel il a été préparé, la maturation plus ou moins avancée du fruit, les pharmaciens, disons-nous, sans tenir compte de cette variation, ajoutaient, jusqu'à présent, une proportion fixe de sucre à ces sucs pour les transformer en sirop; il en résultait des produits d'une densité et de qualité différentes. MM. Pagès et Leconte, frappés de cet inconvénient, ont cherché à y remédier. Pour arriver à ce résultat, ils se sont proposé de résoudre les questions suivantes :

1° Obtenir des sirops de fruits d'une densité constante avec des sucs de densité variable ;

2° Préparer des sirops de fruits qui puissent se conserver longtemps sans altération.

Voici le principe de leur procédé.

Si l'on considère 500 grammes de sirop simple froid, et marquant 34 degrés au pèse-sirop, comme formés de 333 gr. de sucre et 166 gr. d'eau, chaque degré de l'instrument représente 10 gr. de sucre ou 15 gr. de sirop. Partant de cette donnée, chaque degré accusé par le pèse-sirop dans un suc de fruit représente 15 gr. de sirop à soustraire par chaque demi-kilogramme de suc ; le reste est considéré comme de l'eau, et l'on y ajoute le double de son poids de sucre.

Voici maintenant un exemple pratique : Du suc de merises, marquant 15 degrés au pèse-sirop, ce qui, d'après la règle précédente, représente 150 gr. de sucre ou 275 gr. de sirop pour chaque demi-kilogramme de suc; retranchant donc 275 gr. de 500, le reste, 225, fut

considéré comme de l'eau, et l'on y ajouta, pour le transformer en sirop, le double de son poids de sucre, soit 450, qu'on fit fondre à une douce température.

Ce mode opératoire, fondé sur une saine pratique pharmaceutique, ne peut donner que des produits irréprochables, si d'ailleurs les sucs de fruits ont été préparés avec les soins voulus.

PRÉPARATION DE LA CANNABINE, PRINCIPE ACTIF DU HACHISCH.

Le *Pharmaceutical journal* de J. Bell a publié la manière d'obtenir le principe actif du chanvre indien, la cannabine. Nous allons la reproduire (1).

On broie le chanvre indien; on le fait digérer dans l'eau et on exprime pour en retirer celle-ci. On fait ensuite digérer le chanvre dans un soluté de carbonate de soude de la moitié du poids du chanvre sec sur lequel on a opéré. On fait digérer pendant deux ou trois jours, puis on exprime le liquide et on le remplace par de l'eau pour laver le chanvre jusqu'à ce qu'il ne cède plus rien à ce liquide. La plante est ensuite séchée, puis traitée par de l'alcool rectifié. On ajoute du lait de chaux concentré, et contenant 30 grammes de chaux vive pour 360 grammes de plante. Après filtration, on ajoute de l'acide sulfurique pour précipiter la chaux qui a pu rester; puis du charbon animal, et on agite. On retire l'alcool du liquide filtré à la distillation; on traite la résine obtenue avec un peu d'alcool; on mélange le liquide avec trois ou quatre fois son volume d'eau dans un bol en porcelaine, et on fait évaporer l'alcool.

La résine, plus lourde que l'eau, se dépose au fond du vase; on décante avec soin, et on lave le produit jusqu'à ce que l'eau n'ait plus de saveur. On sèche alors la matière résineuse restante, qui est la cannabine. La plante en contient de 6 à 7 pour 100.

C'est une substance brune vue en masse, et fauve en couches légères. Chauffée sur une lame de platine, elle brûle avec une flamme

(1) Ayant reçu d'Alexandrie du *chanvre indien* et de son *extrait gras*, nous pensons pouvoir, d'ici à quelque temps, faire connaître aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, plus complétement qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, la pharmacologie du *hachisch*. Nous ferons dès maintenant une remarque. Des praticiens voulant prescrire une préparation du chanvre indien écrivent : hachisch. C'est une erreur. Le hachisch est la plante elle-même; et ses principales préparations, lesquelles sont beaucoup plus employées que lui par les Orientaux, sont l'*extrait gras* et le *dawa-mesc*. Mais nous reviendrons sur cet objet. D.

blanche et disparaît complétement. 3 à 4 centigrammes agissent sur l'homme comme un puissant narcotique, 5 à 6 centigrammes procurent un enivrement complet.

DORVAULT.

OBSERVATION PRATIQUE SUR L'ONGUENT POPULÉUM.

Le pharmacien fait une perte notable s'il n'a pas à sa disposition une presse convenable pour exprimer les plantes qui entrent dans la composition de l'onguent populéum, car ces plantes retiennent toujours une assez grande quantité de l'axonge employée. L'expérience m'a prouvé que l'on pouvait éviter cette perte en traitant le résidu insoluble de cet onguent par l'eau bouillante.

Voici la manière d'opérer : mettez le marc du liparolé de bourgeons de peuplier composé dans une bassine avec une fois et demie son volume d'eau ; chauffez : le corps gras, par l'ébullition, se détache des plantes, monte à la surface du liquide d'où on l'enlève avec une cuiller au fur et à mesure qu'il apparaît, ou bien on peut attendre que la masse du liquide soit refroidie pour l'en séparer. On purifie cet onguent par les moyens connus, puis on le mêle au reste de la préparation.

Le combustible que l'on emploie pour opérer cette séparation est grandement payé par l'onguent obtenu.

STANISLAS MARTIN, pharmacien.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE L'IMPORTANCE DU TYPE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES AIGUES.

Il existe en médecine pratique des principes qui jouent un si grand rôle dans les résultats obtenus, qu'on ne saurait trop insister sur leur haute valeur.

Tel est, entre autres, le principe de l'importance du *type* dans le traitement des maladies aiguës.

Cette question du *type* se rattache aux problèmes de doctrine les plus élevés. On ne saurait la traiter sans poser nettement un point de départ. Mais au lieu de l'envisager à un point de vue exclusif, nous croyons utile de la faire passer d'abord à travers les prismes des deux ordres de médecins qui constituent à notre époque les représentants de la science médicale.

Qu'est-ce que le *type* dans l'étude d'une maladie pour l'*organicien*

qui ne voit partout que des lésions locales comme phénomène initial? C'est une circonstance accessoire peu digne de fixer son attention. Convaincu que les désordres matériels sont dans tous les cas un foyer d'où partent les symptômes et d'où le mal peut s'irradier, il se préoccupera minutieusement de l'examen des divers états organiques, et ne tiendra compte que de la scène morbide soumise à ses investigations. Pourquoi s'évertuerait-il à rechercher le mode de développement des symptômes, et à constater le *type* de la fièvre, vu que la gravité des maladies croît toujours, à ses yeux, dans des proportions rigoureuses avec les lésions locales? Aussi se conduit-il conséquemment. La physique n'a pas d'instrument et de procédés assez délicats, la chimie de réactifs assez subtils pour les études au lit du malade. Dans ses scrupules d'observateur, il ne laisse aucune partie du corps à ausculter et regrette que l'inexactitude des grands médecins de l'antiquité le contraigne à répudier l'héritage qu'ils nous ont laissé, et à reprendre l'édifice médical par ses fondements. Il n'adopte qu'une devise, c'est celle de Bichat : que devient le traitement d'une maladie, si l'on en ignore le siége?

Quelle valeur a le *type* pour le *vitaliste?* Elle est immense. A la fameuse proposition du chef de l'école anatomique, il oppose celle-ci : Que devient le traitement d'une maladie si l'on ne connaît l'affection qui préside à son développement? Or, pour discerner cette affection du dynamisme humain, l'indice le plus sûr est le *type*.

Dans les phlegmasies manifestes, le *type continu* est un caractère constant. Dans toutes les maladies où le *type intermittent* est observé, les désordres nerveux revendiquent la plus large part.

Si le médecin imbu de l'importance du *type* dévoile ce caractère et agit en conséquence, il opère, pour ainsi dire, des prodiges au milieu des scènes morbides les plus désolantes. Si la notion et l'exigence du *type* lui échappent, il tombe dans des erreurs rapidement funestes.

A ce point de vue, quel prix, je le demande, devra-t-on attacher à cette habitude de reconnaître l'état de chaque lobe du poumon, la sonorité plus ou moins grande de chaque point du thorax et de l'abdomen? Des mouvements fluxionnaires se sont opérés vers des organes nobles, sous l'influence d'une affection dont le *type* révèle l'existence, et qui réclame les soins les plus prompts. Négliger cette grande indication et se fatiguer à scruter, un à un, des états organiques dont la *contingence* fait le caractère, n'est-ce pas se méprendre étrangement? N'est-ce pas agir comme le praticien qui, en présence d'ulcères et d'exostoses, loin de s'occuper de l'affection scrofuleuse ou vénérienne, perdrait son temps à savoir combien les ulcères ont de mil-

limètres de circonférence, et de combien les exostoses s'élèvent au-dessus du niveau des tissus ambiants?

On le voit, l'influence de la découverte du *type* dans le traitement des maladies aiguës ne saurait être contestée. Mais le précepte de découvrir ce caractère important acquiert surtout le plus grand poids dans les fièvres intermittentes obscures, et dans les fièvres rémittentes. C'est pour l'avoir négligé, que tant de mécomptes ont été essuyés, que tant de méthodes curatives ont été tour à tour exaltées et dépréciées dans la thérapeutique des fièvres graves. Si nous jetons les yeux sur le traitement de la fièvre typhoïde, par exemple, quel n'est pas notre embarras en présence du répertoire immense des moyens préconisés? Ici, les hématophiles, comme les appelait Tissot, ces sangsues qui n'abandonnent notre corps que lorsqu'elles sont gorgées de sang, *nisi plenæ cruoris*, n'ont vu que des lésions anatomiques primitives, et les saignées leur ont paru le remède par excellence. Là, on exalte les purgatifs, et l'on s'obstine à rejeter comme préjudiciables les déplétions sanguines. Les uns, avec Clanny, proposent l'acide carbonique comme *antityphoïque*; les autres, considérant le corps humain comme un vase de laboratoire, veulent introduire dans le sang les sels neutres dont la proportion aurait diminué, et préconisent l'*iodure de potassium*. Il en est qui vantent les *mercuriaux* (Roësch), l'*alun* (Fouquier et Barthez) et les *chlorure* (Chomel). Enfin, ces derniers, se croyant mieux avisés, regardent la médecine symptomatique comme la seule rationnelle.

Pour le vitaliste, qui voit autre chose que des tissus phlogosés, le *type* devient le but des recherches les plus minutieuses, et son attention est d'autant plus éveillée sur ce point, que les symptômes sont plus nombreux et les organes nobles plus attaqués simultanément. Ce caractère *d'invasion multiple* est rarement l'indice des phlegmasies franches, et il révèle à l'observateur un ensemble de mouvements fluxionnaires anormaux dans lesquels, comme le dit Bordeu, *tout indique un désaccord et une incertitude générale*. (*Recherches sur le pouls*, t. Ier, p. 359.) Il n'est pas hors de propos de signaler ici, en passant, l'erreur des médecins qui confondent les phlegmasies avec les mouvements fluxionnaires. Cette confusion pourrait être passée sous silence, si elle n'était qu'une subtilité d'école; mais elle doit être attaquée sévèrement, parce qu'elle imprime la direction la plus funeste aux indications thérapeutiques.

La phlegmasie d'un organe offre sans doute la fluxion pour élément indispensable, mais la fluxion peut exister et existe très-souvent sans phlegmasie.

Pour la phlegmasie, le *type* est ordinairement *continu*.

Pour la fluxion, l'*intermittence* existe dans la majorité des cas.

La phlegmasie est toujours un phénomène morbide qu'on doit se hâter d'enrayer.

La fluxion est souvent un état que le praticien prudent fera bien de respecter.

La fluxion dans son *état* peut être confondue avec la phlegmasie, et cette méprise peut engendrer les conséquences les plus graves dans la pratique. C'est l'étude attentive du *type* qui préviendra, dans ces cas épineux, les fautes résultant d'un jugement erroné.

Combien de fois la fluxion, phénomène hygide, venant à se déplacer, sur un organe destiné à d'autres fonctions, n'en a-t-elle pas imposé pour un appareil morbide des plus alarmants! C'est ainsi que la fluxion menstruelle occupant la poitrine a pu donner lieu à une hémoptysie bien caractérisée. Qu'un médecin soit appelé dans le paroxysme de cette *fluxion substitutive*. S'il a pour principe de proportionner la gravité de son pronostic à l'intensité de la lésion locale, l'examen attentif des râles lui permettra de constater une altération étendue, contre laquelle les moyens les plus énergiques devront être déployés. S'il revient le lendemain, alors que le mouvement fluxionnaire a débarrassé l'économie du sang qui aurait dû s'échapper par une autre voie, l'auscultation, qui l'avait effrayé la veille, le rassure complétement, et il ne trouve plus aucune trace de cette phlegmasie illusoire dont il s'efforçait d'enrayer la marche.

Ce que nous venons de dire pour une fluxion naturelle qui se déplace, se rencontre bien souvent dans le cours des fièvres graves, où le *type intermittent* peut être signalé.

« Dans les fièvres continues, disait Sydenham, le danger est grand, parce que la lutte est constante; tandis que dans les fièvres où l'intermittence même la plus minime est constatée, l'espérance devient légitime. Les moments plus ou moins étendus de calme sont de bon augure ; ils annoncent que la nature tend à reprendre son mouvement normal. »

Si les paroles de cet observateur judicieux sont l'expression des faits, avec quelle attention ne devra-t-on pas saisir le type dans le traitement des fièvres graves! Combien l'état local qui est, sans doute, un élément important, mais qui préoccupe tant de médecins de notre époque, d'une manière abusive, ne devra-t-il pas être subordonné à l'étude de l'affection!

Mais c'est surtout pour les médecins appelés auprès des malades de la campagne, que ce précepte devient de toute rigueur. Au sein des

villes, il est loisible de faire ses visites à des heures différentes de la journée, afin de prendre la nature sur le fait, dans les cas où l'intermittence qu'on suppose revêt un caractère obscur. Mais à la campagne, le médecin n'est le plus souvent appelé que dans le paroxysme des maladies, et lorsque le danger paraît imminent. Il arrive plus d'une fois auprès d'un malade en délire, qu'entourent des parents frappés de consternation : que son sang-froid ne l'abandonne pas dans ces tristes moments, et que l'examen du *type* occupe le premier sa pensée!

Pénétré de la vérité de cet axiome : *Natura sanat, medicus curat morbos*, il devra s'ériger, non en despote, mais en ministre de la nature. Qu'il s'informe avec soin des antécédents, de la marche de la maladie ; qu'il revienne *sans avertissement*, aux moments où il présume que le calme se rétablira. Alors, s'il est assez heureux pour découvrir une intermittence pure, ou une rémittence qui, comme l'a fort bien fait remarquer Voulonne, diminue le danger d'une manière notable, il relèvera le courage du malade et des assistants. Docile aux appels de la nature, loin de l'affaiblir par des saignées intempestives, il s'associera à elle pour rétablir l'ordre, diminuer la tendance aux mouvements fluxionnaires, allonger les périodes de calme et diminuer celles de la lutte. L'administration des antipériodiques, faite après les préparations convenables et en temps opportun, remplira l'indication principale. La scène morbide, naguère si effrayante, perdra de son intensité dans ses réapparitions successives, et ne tardera pas à faire place à une convalescence de bon aloi.

E. Fuzeau, D. M.
à Thiers (Puy-de-Dôme).

SUR UNE NOUVELLE FORMULE DE POMMADE EMPLOYÉE DANS LE TRAITEMENT DE LA GALE.

Dans le cas de gale simple, j'ai toujours employé avec succès une méthode qui diffère peu de celle de M. Delpech, de Montpellier, mais qui cependant offre des dissemblances assez remarquables, et dont je ne parlerai pas, à laquelle je n'ai cessé de donner la préférence depuis 1814 jusqu'à présent, surtout en raison de ce qu'elle a peu d'odeur, qu'elle est facile, très-peu coûteuse, ne tache pas le linge, produit une guérison prompte et sûre : sur cent soixante galeux que j'ai eu à traiter dans le cours de ma pratique, tous ont été guéris dans l'espace de trois à neuf jours.

Voici la formule à laquelle je me suis arrêté :

Pr.	Fleurs de soufre.	32 grammes.
	Cendre de bois tamisée. . . .	32 gr.

Mêlez exactement, et pliez le tout dans un linge, en forme de nouet, qu'on laisse tremper dans un verre d'huile d'olive tout le temps qu'il doit servir au malade; ce dernier doit, sans délier le paquet, s'en frotter trois fois par jour, le matin, à midi, et le soir pendant dix minutes, les grandes surfaces articulaires, ainsi que toutes les parties qui présentent des vésicules, pendant quatre jours seulement. Le cinquième, il faut que le malade ouvre le nouet, et se frotte tout le corps avec son contenu, pour ensuite rester enduit de cette espèce d'onguent quelques heures seulement; le soir de ce jour un grand bain est administré, si cela est possible.

Après ce traitement, il reste une démangeaison quelquefois désagréable, mais qui ne reconnaît plus pour cause la présence de l'acarus, mais bien la surexcitation qu'occasionne sur le système cutané de ceux des malades qui ne changent pas de linge, ou le frottement désordonné sur les parties affectées, fait avec le linge sale et grossier dont se couvrent parfois les gens de campagne. D'autres fois, immédiatement après, l'épiderme se dessèche pour se détacher par petites parties, ce qui donne à la peau de la rudesse et un aspect légèrement squameux; dans tous les cas, un bain ou deux suffisent pour faire taire ce prurit et ramener la peau à son état normal.

Fontan, D. M.
à Chazelles-sur-Lyon (Loire).

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées, etc., par M. J. Jacquemier, *docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne de la maison d'accouchements.* 2 volumes. Chez G. Baillière.

En retardant l'analyse de l'ouvrage dont M. le docteur Jacquemier vient de doter l'art obstétrical, nous avons voulu surtout nous tenir en garde contre le danger d'une appréciation trop rapide, improvisée en quelque sorte au courant de la plume, et dont le résultat le plus fâcheux et le plus inévitable est trop souvent de donner au lecteur une fausse idée de la valeur réelle d'un livre, en le trompant sur son degré d'utilité pratique. — Constatons d'abord que plusieurs mois d'un succès mérité ont déjà placé l'ouvrage en question dans un rang honorable parmi les meilleurs travaux publiés sur l'obstétrique. En ne s'attachant qu'à l'idée d'ensemble qui a présidé à l'élaboration des diverses par-

ties de cette œuvre importante, on a raison de s'étonner du titre par trop modeste de *Manuel* donné par l'auteur à un traité des plus complets sur la matière. Élève de l'École de Paris, et longtemps attaché au service des femmes en couches à l'hospice de la Maternité, M. Jacquemier ne s'est pas borné, comme plusieurs de ses devanciers l'avaient déjà fait, à exposer seulement les préceptes et les exemples de ses maîtres, il a compris que les besoins de la pratique exigeaient de sa part un plus grand effort. En effet, la science, ainsi interprétée au point de vue d'une individualité scientifique, quelque élevée qu'elle soit, descend à des proportions trop restreintes, et l'autorité de son langage s'affaiblit en demeurant trop fidèlement l'expression d'une pensée personnelle. C'est convaincu de ce grave inconvénient qui pèse sur plusieurs de nos publications récentes, que l'auteur a su mettre à profit tous les travaux édités soit en France, soit à l'étranger, depuis le commencement de notre siècle et vers la fin du siècle dernier. Cette époque, en effet, comme le fait remarquer avec raison M. Jacquemier, a eu pour caractère dominant de tendre, dans l'enseignement et la pratique des accouchements, vers une réforme qui reçut, des travaux des Mauriceau, des Delamotte, des Levret, une heureuse et forte impulsion, qui plus tard se caractérisa mieux sous la suprême influence de Baudelocque, puis de Désormeaux, et qu'enfin, de nos jours, nous avons vue se compléter par le concours actif des hommes les plus expérimentés, et en tête des quels il faut placer MM. Paul Dubois, Moreau, Vergès, Stoltz, Nœgelé, Velpeau, et, pour être juste envers tous, deux femmes d'une grande distinction, Mmes Lachapelle et Boivin.

Rapporteur exact et impartial, M. Jacquemier s'est attaché à rechercher avec une scrupuleuse attention, à rassembler, puis à classer, avec toute la sagacité qui appartient à un homme très-versé lui-même dans l'art obstétrical, tous les matériaux épars dans les œuvres de ses devanciers et ayant une valeur scientifique évidente. Animé de cet esprit d'indépendance qui assure à l'écrivain force et autorité, il soumet au contrôle le plus sévère les dogmes et les applications de la science à ses diverses époques ; les erreurs sont signalées avec une entière franchise, et bien souvent l'auteur substitue, aux opinions individuelles les mieux accréditées, des aperçus nouveaux logiquement déduits des faits eux-mêmes.

Si, quittant cette appréciation générale du nouveau *Manuel des accouchements*, nous abordons les questions particulières et la disposition du livre au point de vue de son exécution, nous dirons que, constitué par deux volumes de plus de 800 pages chacun, avec un texte serré et une forme compacte, il embrasse toutes les parties de l'obstétrique.

Parmi les nombreux chapitres qu'il renferme, nous noterons celui où l'auteur a décrit l'*anatomie du bassin ;* à l'exemple de M. Moreau, il s'applique à étudier le canal vulvo-utérin, non plus seulement avec ses éléments osseux, mais bien avec toutes les parties molles qui entrent dans sa composition : c'est là ce que l'auteur appelle, avec raison, faire de l'anatomie obstétricale ; il en résulte pour l'élève une indication plus exacte du mécanisme de l'accouchement, des difficultés physiologiques qui l'entourent, et la direction des forces appelées à la surmonter. C'est à l'atlas de M. le professeur Moreau que M. Jacquemier a emprunté la partie iconographique de son ouvrage, et il ne pouvait véritablement pas puiser à une meilleure source : précision anatomique et talent artistique, ces deux conditions de succès s'y trouvent réunies.

Les viciations du bassin, mieux connues dans leurs causes et dans leurs formes depuis les travaux contemporains sur le rachitisme et l'ostéomalaxie, y sont présentées sur un plan nouveau et groupées autour de quelques types généraux dont elles ne sont, pour la plupart, que des variétés plus ou moins éloignées.

Notons encore le chapitre consacré à l'embryologie, où sont consignées, à côté des progrès qu'a faits dans ces dernières années l'étude de l'ovologie humaine, les recherches propres à l'auteur sur les vaisseaux utéro-placentaires et la circulation fœtale. Comme déduction de ces chapitres, nous indiquerons dans le livre consacré aux maladies pendant la grossesse, le Mémoire déjà publié et reproduit ici de M. Jacquemier, sur l'apoplexie utéro-placentaire, et la transformation variée que subit alors le sang, si le cours de la gestation n'est pas interrompu. Parmi les causes de dystocie, M. Jacquemier a présenté, sous un point de vue complétement original, le rôle que la douleur remplit dans l'accouchement et l'influence directe qu'elle exerce sur la contraction de l'utérus, en ce sens que, modérée et ne dépassant pas un certain degré, elle sollicite la contractilité utérine et la détermine, tandis que, fort intense, elle lui fait obstacle et la paralyse en quelque sorte. Régulatrice des contractions de la matrice, la douleur serait donc, dans la pensée de l'auteur, à laquelle nous nous associons sans restriction, un élément nécessaire et indispensable à l'accomplissement régulier et physiologique de l'accouchement. C'est assez faire connaître notre opinion sur l'opportunité et le rationalisme des expériences tentées au moyen de l'éthérisation sur la femme en travail : ces expériences, suivant nous, resteront dans la science comme preuve de l'égarement auquel, au milieu de l'entraînement général des esprits, peuvent céder les hommes doués de la plus haute raison, et d'ordinaire cités pour le calme et la rectitude de leur jugement.

Nous ajouterons, avant de terminer, que dans le second volume du nouveau *Manuel des accouchements*, où se trouvent décrites avec beaucoup de soin les diverses présentations normales et anormales du fœtus, il est un chapitre qui, par les développements que l'auteur lui a donnés, mérite de fixer plus spécialement notre attention, c'est le chapitre consacré aux maladies puerpérales et à la mort apparente du nouveau-né; les praticiens y trouveront d'excellents préceptes et des indications très-précises et on ne peut plus judicieuses. A. F.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Eczéma impétigineux chez un enfant allaité par sa mère. — Influence de la mère sur l'enfant. — L'influence de la mère sur l'enfant pendant toute la durée de l'allaitement a été singulièrement exagérée par les anciens. La plus légère indisposition chez la mère, le simple retour des règles, les accidents les plus simples étaient toujours pour eux des indications formelles de sevrage immédiat. Si la mère continuait l'allaitement, ils n'hésitaient pas à attribuer à cette fâcheuse condition la plupart des maladies qui pouvaient se développer ultérieurement chez l'enfant. Toutes ces erreurs avaient leur source dans une mauvaise observation ou du moins dans une mauvaise interprétation des faits.

Aujourd'hui toutes ces idées fausses ou exagérées tendent à disparaître, et l'influence de la mère sur l'enfant, pendant la durée de l'allaitement, est réduite à ses véritables proportions. Le fait que nous allons rapporter montre que cette influence peut, dans certains cas, amener des résultats très-manifestes. Une affection étendue du système cutané survient chez un enfant à l'occasion d'une violente colère qui ne produit chez la mère aucune affection même de peu de durée.

Un enfant de cinq mois entre dans le service de M. Trousseau. Il était d'une constitution assez robuste, avait toujours été allaité par sa mère, et jouissait habituellement d'une excellente santé. Il y a dix jours environ, la mère, à l'occasion d'une vive contrariété, entre dans une grande colère qui dura une grande partie de la journée, et donna lieu à quelques accidents nerveux. Ce jour-là, comme depuis, elle n'en continua pas moins à allaiter son enfant. Dès le lendemain, elle remarqua que les extrémités inférieures de l'enfant se recouvraient, dans la totalité de leur étendue, de petites vésicules, sans fièvre d'ailleurs, sans que la santé générale parût troublée. Jusqu'alors l'enfant, tenu fort proprement, n'avait jamais eu la moindre éruption. Peu à peu les vé-

sicules, plus nombreuses, gagnèrent jusqu'à la partie inférieure de l'abdomen, et le caractère eczémateux de l'éruption se dessina très-nettement. Au moment de son entrée à l'hôpital, l'enfant avait un eczéma impétigineux qui occupait les deux membres inférieurs, les fesses et la partie inférieure de l'abdomen. On prescrivit des bains de sublimé que l'enfant prit chaque jour avec sa mère.

Sous l'influence de cette médication, l'amélioration était déjà très-prononcée, lorsque l'enfant fut pris de rougeole compliquée de péripneumonie double à laquelle il succomba.

Quelques jours après, un autre enfant se présentait dans la même salle, avec un eczéma impétigineux étendu. Sa mère l'attribuait également à l'influence d'une vive contrariété qu'elle avait éprouvée; l'éruption eczémateuse s'était manifestée dès le lendemain, et elle durait encore. L'emploi des bains de sublimé la fit rapidement disparaître.

Ces deux faits doivent être notés avec soin, en attendant que d'autres, plus nombreux, permettent de juger définitivement la question. Si l'on voyait fréquemment des accidents apparaître chez les enfants allaités dans de semblables conditions, il faudrait bien admettre autre chose qu'une simple coïncidence et reconnaître l'influence de la mère. C'est une question qui ne peut se juger que par une observation longue et attentive dirigée sans aucune idée préconçue. Il importe d'ailleurs de soupçonner toujours les renseignements fournis par les mères, qui tendent ordinairement beaucoup plus à expliquer qu'à raconter simplement les faits.

Hernie ombilicale congénitale. — Compression méthodique. — Oblitération de l'ouverture herniaire. — De toutes les hernies congénitales, la plus commune assurément est la hernie ombilicale. Chez un grand nombre d'enfants très-jeunes, l'ombilic largement ouvert laisse passer, surtout dans les efforts de toux ou pendant les cris, une petite portion d'intestin. D'autres fois c'est dans des éraillures de la ligne blanche que s'engagent de petites anses intestinales. Ces hernies congénitales ne doivent point être considérées comme graves. Elles disparaissent ordinairement à la suite d'une compression méthodique qui n'exige d'ailleurs aucun appareil. Il suffit de quelques bandelettes circulaires de diachylon qui maintiennent sur l'ouverture herniaire soit un petit tampon de linge, soit une petite boule de coton cardé.

L'observation suivante, recueillie dans le service de M. Trousseau, montre avec quelle rapidité on peut obtenir la guérison de ces hernies congénitales; elle offre en outre de l'intérêt en ce que l'autopsie a per-

mis de constater de quelle manière s'opère l'oblitération de l'ouverture herniaire.

Giguet (Charles) est amené à l'hôpital (salle Sainte-Julie, n° 6 bis). Cet enfant, âgé de vingt jours, d'une bonne santé, allaité par sa mère, porte un exomphale que la mère a remarqué quelques jours après la naissance de l'enfant. La tumeur fait une petite saillie de moins d'un centimètre, qui devient globuleuse et atteint près de deux centimètres lorsque l'enfant jette des cris violents. Elle a d'ailleurs tous les caractères d'une hernie ombilicale.

On applique sur la tumeur un bandage composé de tours circulaires formés par une bande de diachylon, et qui maintiennent sur l'ombilic, après la réduction de la hernie, une petite pelote de coton cardé.

Dix jours après, l'enfant, bien portant jusqu'alors, est pris d'entérite cholériforme, provoquée par l'administration d'aliments de digestion difficile. La diarrhée est séreuse, peu colorée et presque continuelle. Les yeux sont excavés, le nez pincé, l'haleine froide, la peau violacée, également froide et complétement dépourvue d'élasticité. L'enfant succombe le troisième jour de ces accidents (treizième jour d'application du bandage).

A l'autopsie on constate un ramollissement considérable avec rougeur et tuméfaction de la membrane muqueuse du gros intestin, surtout dans ses dernières portions. L'intestin grêle est parfaitement sain dans toute son étendue.—En examinant la paroi abdominale du côté de la peau et la disséquant avec soin, on constate qu'elle ne présente qu'un bourrelet dur, ne contenant aucune espèce de cavité. Le tégument était très-intimement soudé avec la cicatrice ombilicale, c'est-à-dire le collet du sac herniaire. Du côté du péritoine on ne trouvait pas la moindre trace d'ouverture. La membrane séreuse était seulement épaissie dans ce point.

Il est bien probable qu'on obtiendrait également par une compression méthodique la cure radicale, chez les enfants, des hernies inguinales congénitales. Mais ici la difficulté est plus grande, en raison de l'impossibilité de maintenir une compression permanente. L'urine et les matières fécales détériorent le bandage et obligent à l'enlever, afin d'éviter les eczémas et surtout les érysipèles qui ne manqueraient pas de se développer. On est donc obligé de remettre à un âge plus avancé l'emploi des moyens nécessaires pour amener une guérison radicale de ces hernies. C'est une circonstance fâcheuse, ces moyens étant d'autant plus puissants qu'ils sont appliqués de meilleure heure.

Hydrocèle enkystée du cordon simulant une hernie. — *Injec-*

tion iodée. — *Guérison.* — La variété de formes que peuvent présenter ces sortes de collections séreuses offre quelquefois de grands embarras pour le diagnostic ; celle que nous allons signaler a induit en erreur deux chirurgiens de talent. Le nommé Dupont, âgé de trente-cinq ans, employé à l'administration des postes, raconte que depuis plusieurs années, lorsqu'il avait travaillé beaucoup dans la journée, l'aine droite présentait le soir une grosseur qui disparaissait la nuit lorsqu'il était couché. Comme il n'en souffrait pas, il n'y prêta aucune attention ; cependant cette grosseur fit des progrès et descendit peu à peu jusque dans les bourses. Vers le mois de mars, pour la première fois, elle ne disparut pas la nuit, et détermina des coliques et quelques envies de vomir. Un médecin fut appelé le lendemain matin, il conseilla un bain et du repos, puis l'application d'un bandage, lorsque la hernie, dit-il, serait réduite. Malgré le brayer, la grosseur reparut ; elle glissait sous la pelote, quelque bien appliquée qu'elle fût. De nouveaux accidents firent admettre Dupont dans l'un des grands hôpitaux ; là on se borna encore à réduire le kyste par le repos et une position convenable, et on le renvoya. Depuis cette époque, trois fois la tumeur se montra irréductible, et détermina chaque fois des phénomènes d'étranglement. Ce malade fut admis à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert. Le 3 juin, jour de son entrée, ce chirurgien constata l'état suivant : l'aine et la région scrotale sont occupées par une tumeur cylindroïde, qui commence en haut au niveau de l'anneau inguinal et se dirige le long du cordon jusque dans le scrotum où elle se termine presque immédiatement au-dessus du testicule; en haut, ses limites ne sont pas bien précises; elle semble se prolonger jusque dans l'abdomen au-dessus du ligament du Fallope; en effet, lorsqu'on la presse de bas en haut, on déplace le liquide, on le refoule jusque dans le canal inguinal, à travers l'anneau que l'on sent dilaté ; mais en bas, elle est bien circonscrite, de forme arrondie et nettement distincte de la glande séminale. Indolente à la pression, elle offre une rénitence élastique dans toute son étendue. En l'examinant à la lumière, on constate en outre une transparence non douteuse, au moins dans ses deux tiers inférieurs. Cette tumeur est-elle formée par un kyste, résultat d'un ancien sac herniaire, ou une hydrocèle enkystée du cordon ? Au point de vue du traitement, cette difficulté du diagnostic n'avait aucune valeur ; donner issue au liquide à l'aide d'une ponction, et injecter à sa place un mélange iodé, était la seule méthode pratique à suivre. L'hydrocèle du cordon, une fois injectée, guérit réellement plus vite, comme l'a établi M. Velpeau, que l'hydrocèle de la tunique vaginale. Ainsi notre malade, opéré le 2 juillet, sortait guéri le 18.

Hémorrhagies consécutives à une amputation de la cuisse.— Ligature de l'artère crurale. — Guérison. — Parmi les accidents qui peuvent se manifester après l'amputation d'un membre, le plus grave, sans contredit, est l'hémorrhagie. Lorsqu'elle arrive dans les premiers jours, il suffit alors, le plus souvent, d'enlever l'appareil et de le replacer plus méthodiquement pour voir cesser l'accident ; mais lorsqu'elle se produit alors que la ligature est tombée depuis un certain temps et que la plaie est presque entièrement cicatrisée, il est rare que les moyens hémostatiques ordinaires suffisent, et c'est à la ligature du tronc artériel principal qu'il faut recourir pour arriver à parer d'une manière certaine à cette complication. On ne peut penser effectivement, pour arrêter l'hémorrhagie, à aller, au milieu d'une plaie couverte de bourgeons charnus, à la recherche des vaisseaux artériels pour les lier, ni à les atteindre par la cautérisation. Le fait suivant prouve ces assertions : Courteille, passementier, âgé de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, fut admis, dans les derniers jours de mai, à l'hôpital Beaujon, pour une tumeur sanguine du tibia, produite par un coup de pied reçu deux ans auparavant. M. Robert, dans le service duquel Courteille avait été placé, fit l'amputation de la cuisse le 2 juin. Les suites de cette opération n'offrirent d'abord rien de remarquable. Dans la nuit du 13, il se manifesta une légère hémorrhagie qui cessa spontanément dès qu'on eut ôté l'appareil pour chercher d'où venait le sang. Deux jours après la ligature tomba ; la plaie continuait à se cicatriser, lorsque, le vingt-troisième jour, une hémorrhagie très-abondante parut dans la soirée et se renouvela dans la nuit. Le sang, de couleur vermeille, sortait par jet saccadé de la partie inférieure et postérieure. L'interne de garde appliqua provisoirement un tourniquet, et, le lendemain 26 juin, M. Robert lia l'artère crurale au pli de l'aine, afin que la circulation fût interceptée au-dessus de la fémorale profonde, dont une des branches terminales paraissait être le siége des hémorrhagies. Dès ce moment il n'y eut plus aucun accident, la plaie du moignon se cicatrisa rapidement, et ce jeune homme n'attend qu'un membre artificiel pour sortir de l'hôpital.

Cas rare de paralysie exclusivement bornée à la langue. — Au n° 6 de la salle Sainte-Anne, entrait une femme âgée de cinquante-deux ans, exerçant la profession de domestique. D'une constitution assez robuste, d'une santé habituellement bonne, elle avait été réglée vers treize ans, et depuis deux ans environ le flux menstruel avait complétement disparu. La malade, depuis longtemps, n'avait pas eu de maladie grave ou de longue durée. Elle n'avait jamais éprouvé

le moindre accident nerveux qui l'obligeât à réclamer les soins d'un médecin. A son entrée à l'hôpital Necker, elle raconte qu'il y a environ huit jours, et sans aucun symptôme préalable, elle sentit un matin, au moment de se lever, qu'il lui était impossible d'articuler la moindre parole. En même temps la tête était pesante, un peu douloureuse. La fièvre était nulle. Tous les membres étaient parfaitement libres et n'avaient rien perdu de leur force. Un médecin fut appelé, et prescrivit l'application immédiate de sangsues derrière les oreilles et l'usage d'un purgatif drastique qui détermina des selles nombreuses et abondantes. La malade prit aussi quelques bains de pieds sinapisés.

Les premiers jours qui suivirent l'emploi de cette médication, la langue resta aussi complétement paralysée sans que les membres perdissent en rien soit de leur force, soit de leurs mouvements. La parole seule était impossible. Le huitième jour, la malade se décida à entrer à l'hôpital. Elle se présente alors dans l'état suivant :

Le pouls est régulier, d'une fréquence normale, peu développé. La chaleur de la peau est naturelle; les principales fonctions s'exercent convenablement. On ne remarque pas la moindre déviation des traits du visage, les mouvements de la langue ne sont plus tout à fait impossibles, mais ils sont si peu étendus que la malade ne peut pas articuler librement les mots. Elle traîne sur chaque mot et met un temps très-long sans pouvoir d'ailleurs jamais les articuler complétement. Son langage est celui d'un homme qu'on ferait parler pendant qu'on a le doigt appliqué sur sa langue. La sensibilité générale, aussi bien que la sensibilité spéciale de la langue sont parfaitement conservées. Il en est de même de la sensibilité et des mouvements dans tous les autres points du corps. La malade peut serrer fortement les objets, et elle s'est rendue à pied à l'hôpital. Son intelligence est d'ailleurs très-nette. Elle a bien souvenir de tout ce qui s'est passé soit antérieurement à sa maladie, soit depuis, et sans la difficulté qu'elle éprouve à s'exprimer, elle en rendrait facilement compte.

On lui prescrit à prendre chaque jour 30 grammes d'eau-de-vie allemande, qui provoquent des évacuations alvines extrêmement abondantes, et qui, après trois jours, ne sont plus administrés que tous les deux jours. Après quelques jours d'emploi de ce moyen, une amélioration légère s'était manifestée, l'articulation des mots était devenue plus libre, mais elle était encore bien loin d'être complète ni facile; les mouvements de la langue étant peu étendus, les mots étaient encore peu distincts. La malade avait toujours une très-grande peine à achever ceux qu'elle avait commencés. D'ailleurs, la santé générale se maintenait invariablement bonne. Aucun phénomène de paralysie ne se

produisait du côté des membres soit supérieurs, soit inférieurs, ni des organes des sens. On ne constatait aucune altération des traits du visage. Le voile du palais lui-même, depuis le début de la maladie, était toujours resté étranger à la paralysie de la langue.

C'est là un exemple de paralysie partielle exclusivement bornée au nerf grand hypoglosse, les nerfs de la sensibilité, c'est-à-dire le lingual et le glosso-pharyngien restant parfaitement intacts. Il est moins facile d'indiquer la nature de l'altération qui portait ainsi sur une seule paire nerveuse à l'exclusion de toutes les autres. Faut-il voir là une simple névrose ? Faut-il admettre l'existence d'un petit noyau apoplectique, ou d'un point fort circonscrit en voie de ramollissement ? La question nous semble bien indécise et difficile à juger.

Affection scrofuleuse de l'extrémité inférieure du cubitus. — Résection de la portion malade de l'os. — Guérison. — Un des caractères qui distinguent la chirurgie de notre époque est une tendance marquée à limiter le plus possible les opérations, lorsqu'elles sont devenues indispensables. Malheureusement les circonstances au milieu desquelles les malades se trouvent placés, et par le fait de leur agglomération, et par la présence d'établissements insalubres dans le voisinage de certains hôpitaux, rendent souvent les plus beaux succès incertains. En voici un nouvel exemple. Jeanne Kose, journalière, âgée de dix-neuf ans, d'un tempérament éminemment lymphatique, était affectée depuis plusieurs années d'un gonflement strumeux de l'articulation du poignet droit. Non-seulement elle ne pouvait se servir de son bras, mais encore remuer les doigts. Un traitement antiscrofuleux n'ayant pu enrayer la marche de la maladie, elle fut, sur le conseil de son médecin, amenée à Paris pour y subir l'amputation de l'avant-bras. Admise à l'hôpital Saint-Louis, M. Jobert, dans le service duquel la malade avait été placée, s'assura, en faisant pénétrer un stylet par les ouvertures fistuleuses qui existaient au niveau de la partie inférieure du cubitus, que cette portion osseuse était seule malade. L'articulation radio-carpienne étant restée saine, on devait tenter de conserver ce bras en pratiquant la résection de la portion cariée du cubitus. Le 25 mai, cette opération eut lieu, elle fut rapidement exécutée : à l'aide d'une incision elliptique, M. Jobert tailla un lambeau qui fut relevé, puis à l'aide d'une scie à chaînons, il fit la section de l'os à dix centimètres environ de son extrémité ; la portion malade de l'os enlevée, on fixa le lambeau à l'aide de trois points de suture. La réunion se faisait par première intention, et la plaie marchait vers une cicatrisation rapide, lorsque vers le septième jour elle fut envahie par la pourriture d'hôpital, que le voisinage de

Montfaucon fait régner d'une façon endémique dans cet établissement. Malgré les cautérisations nombreuses avec le nitrate acide de mercure, et même avec le fer rouge, le travail ulcératif s'étendit jusqu'à la partie moyenne de la face dorsale de l'avant, et c'est seulement depuis le 20 de ce mois, grâce aux soins infinis qui lui ont été prodigués, que la plaie est cicatrisée. Ces trois mois, employés à la guérison, nous permettent de signaler les résultats éloignés de cette sorte d'opération. En examinant avec précaution la partie inférieure de ce bras, l'on voit que le tissu inodulaire fibreux, destiné à remplacer la portion d'os enlevée, est déjà formé, et que ce tissu, en augmentant encore d'épaisseur et de fermeté, permettra à cette jeune fille de jouir du bienfait de cette méthode chirurgicale, en recouvrant complétement l'usage de son bras.

Anémie considérable produite par une fissure à l'anus. — Applications de ratanhia. — Guérison. — Une femme, âgée de trente ans, habitant ordinairement la campagne, est amenée dans le service de M. le professeur Trousseau. Elle était pâle, décolorée, dans un état de faiblesse extrême. Le moindre effort était suivi de défaillances continuelles. Interrogée avec soin, elle racontait qu'il y a environ cinq mois, à la suite d'un accouchement qui ne présenta d'ailleurs rien d'anormal, elle avait été prise de pertes de sang qui se faisaient par l'anus. Ces pertes de sang n'avaient lieu qu'après les garde-robes qui étaient toujours suivies de douleurs très-vives pendant deux à trois heures au niveau de l'anus. Dans l'intervalle des garderobes, l'hémorrhagie était nulle; mais elle s'était toujours reproduite, et avec douleur après chaque garderobe, en petite quantité dans les premiers temps de la maladie, mais fort abondante aujourd'hui. Peu à peu la malade s'était affaiblie, et depuis un mois environ il était survenu de la fièvre, et les extrémités inférienres commençaient à s'œdématier.

Le caractère particulier de ces hémorrhagies anales frappa M. Trousseau et le mit sur la voie du diagnostic. En portant le doigt dans le rectum, il constata l'absence de toute altération organique; mais en même temps, il reconnut l'existence d'une fissure fort étendue siégeant dans les plis de l'anus et un peu en arrière. En examinant cette fissure, on voyait qu'elle était large, assez profonde, et saignait facilement au moindre contact. M. Trousseau prescrivit un lavement avec 5 grammes d'extrait de ratanhia.

Le premier jour, la malade ayant été à la garderobe avant l'administration du lavement, on constata qu'elle rendait après l'issue des matières fécales plus de 100 grammes de sang pur et non mélangé avec elles. Le lavement fut immédiatement donné.

En peu de jours la douleur qui suivait chaque garderobe avait considérablement diminué, en même temps l'hémorrhagie était bien moindre, et elle se réduisait à quelques gouttes de sang seulement. On continua l'usage du ratanhia.

Après dix jours de traitement, la douleur et l'hémorrhagie avaient complétement disparu ; la fissure à l'anus était cicatrisée, et les garderobes naturelles. La fièvre, très-vive lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, avait beaucoup diminué, et quelques jours après, elle céda complétement. On put alors administrer à la malade des préparations ferrugineuses, et lui donner une alimentation fortement réparatrice. Après six semaines de séjour à l'hôpital, l'anémie avait disparu ; la malade était dans l'état le plus satisfaisant et pouvait aller reprendre ses travaux.

L'observation qui précède est un des faits de diagnostic les plus remarquables que nous puissions rapporter. Il semblerait difficile *à priori* qu'une simple fissure à l'anus pût déterminer des accidents généraux aussi graves. Les symptômes existaient pourtant, mais il a fallu une très-grande sagacité pour les interpréter convenablement. M. Trousseau avait déjà vu quelquefois des fissures même peu étendues être suivies d'hémorrhagies qui deviennent de plus en plus abondantes à mesure que l'anémie générale consécutive se prononce. L'exemple que nous venons de signaler était aussi frappant que possible. C'est donc là un fait bien digne de fixer l'attention, et dont on devra tenir grand compte dans l'appréciation des diverses hémorrhagies qui se font par l'anus. Il serait d'autant plus regrettable de commettre ici une erreur de diagnostic, qu'on possède dans le ratanhia un moyen curatif d'une très-grande puissance. On pourra éviter cette erreur en interrogeant avec soin la manière dont se fait l'hémorrhagie, les circonstances qui l'ont produite, et en examinant la partie inférieure du rectum. Les hémorrhagies qui proviennent de parties plus élevées de l'intestin pourront ainsi être toujours facilement distinguées de celles qui ont leur source au niveau même de l'anus, et qui, en général, exigent une thérapeutique bien différente, exclusivement topique, et par cela même plus puissante.

Ostéosarcome du maxillaire inférieur. — Résection de la moitié de cet os. — Tumeur salivaire secondaire. — Guérison. — L'habile chirurgien de l'hôpital Saint-Louis vient de présenter à l'Académie de médecine un de ces faits de chirurgie qu'on ne peut passer sous silence : Louis Gallois, jeune garçon de quatorze ans, d'un tempérament lymphatique, mais fort et bien développé pour son âge, fut admis le 7 mai dans

le service de ce chirurgien, pour y être traité d'un gonflement tuberculeux affectant le côté gauche de la mâchoire inférieure. Cet enfant, dont les parents jouissent d'une bonne santé, n'a jamais été atteint d'aucune maladie. Il y a deux ans environ, il s'aperçut, pour la première fois, qu'une petite grosseur, insensible à la pression, se développait sur le côté de la dernière dent molaire cariée depuis longtemps. Cette grosseur augmenta peu à peu, et finit par acquérir un volume tel, que la mastication fut impossible. Lorsqu'il fut admis dans le service de M. Jobert, la tumeur présentait environ la grosseur du poing, elle était assez régulièrement arrondie; bornée en haut par l'arcade zygomatique, en bas elle se terminait au niveau de la première petite molaire, sans dépasser en arrière le bord postérieur de la branche montante du maxillaire. M. Jobert, après s'être assuré par une exploration attentive, et que la difficulté d'abaisser la mâchoire inférieure rendait fort difficile, de l'intégrité de tous les organes contenus dans la cavité buccale, se décida à opérer cette résection par le procédé de M. Lisfranc. Ce procédé consiste, on le sait, à pratiquer une incision partant du bord libre de la lèvre inférieure parallèlement à l'axe de la face jusque vers le bord de l'os, longeant ce bord d'avant en arrière jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire. Ce vaste lambeau qui recouvrait toute l'étendue de la tumeur, fut disséqué jusqu'à l'arcade zygomatique. Le sang jaillit avec violence pendant ce premier temps de l'opération, qui fut rapidement exécutée. M. Jobert se borna à faire exercer une large compression avec la main placée à plat sur le lambeau qu'on avait relevé sur la tempe. Avec une scie à manche il fit la section de l'os sur l'alvéole de la seconde petite molaire préalablement arrachée, puis glissant son bistouri à travers le trait de scie, il divisa le plancher buccal en rasant la face interne de l'os. Arrivé au niveau de l'angle de la mâchoire, la dissection fut plus longue et plus difficile, plusieurs artères furent même divisées et liées immédiatement, la portion du maxillaire divisée fut renversée en dehors avec précaution, afin de faciliter la division des parties molles en rapport avec la branche montante de l'os; la section du muscle crotaphyte fut faite avec des ciseaux, le plus près possible de son insertion à l'apophyse coronoïde, et la pièce osseuse ne tenant plus que par son articulation avec le temporal, fut promptement séparée. On se hâta de pratiquer la ligature ; le jeune malade avait été pris plusieurs fois de syncopes, et même avant de procéder au pansement lorsqu'il fut revenu à lui, on lui fit prendre à l'aide d'un biberon un peu de vin sucré. Le lambeau fut fixé à l'aide de douze points de suture entortillée, puis recouvert de quelques disques d'amadou, de compresses

imbibées d'eau fraîche, et le tout maintenu par un bandage peu serré. Quelques accidents nerveux marquèrent ce premier jour, mais ils furent heureusement combattus par les moyens ordinaires, et dès le lendemain M. Jobert prescrivit du bouillon de poulet, qui fut donné à l'aide d'un biberon à long goulot porté avec précaution jusque sur la base de la langue. Jusqu'à l'époque de sa guérison, Gallois fut ainsi nourri, des potages clairs remplacèrent le bouillon, etc.

Les suites de l'opération ne présentèrent d'abord rien de remarquable, mais un mois environ après il se forma au milieu de la joue une tumeur superficielle due à la dilatation du canal de Sténon. Afin de prévenir la formation d'une fistule salivaire s'ouvrant à l'extérieur, M. Jobert ouvrit immédiatement cette tumeur, et introduisit une aiguille armée d'un fil qu'il retira par la bouche ; les deux bouts de ce fil furent liés, et ce séton laissé en place devait déterminer la formation d'un trajet fistuleux dans l'épaisseur de la joue. A chaque visite le fil était tiré de dehors en dedans, et les lèvres de la plaie extérieure maintenues en contact par un morceau de sparadrap. Le huitième jour ce chirurgien coupa le fil au niveau de la joue, en laissant en place la partie contenue dans le trajet fistuleux. Cette pratique fut suivie d'un succès complet ; dès le lendemain la plaie extérieure était cicatrisée, le fil fut retiré, et la salive est versée depuis cette époque à l'intérieur de la bouche.

Abcès par congestion. — Nouveau mode de traitement. — Une des questions les plus importantes de thérapeutique chirurgicale est celle de savoir comment on doit traiter les abcès par congestion, abstraction faite de la cause qui les a produits et qui les entretient. Lorsqu'on étudie la marche de l'organisme, on voit que dans les cas heureux, l'abcès s'ouvre par un petit trou, qui se ferme pour s'ouvrir de nouveau, puis qu'un trajet fistuleux se forme et persiste tant que l'altération de l'os qui fournit cette suppuration n'est pas guérie. Lorsqu'on n'a pu arrêter les progrès de la maladie qui a amené la formation de ces sortes d'abcès, le mode de terminaison que nous venons de signaler est donc le seul que le chirurgien puisse ambitionner. Dans ces cas le problème peut se formuler en ces termes : établir une fistule en prévenant les dangers attachés à l'ouverture du foyer, c'est-à-dire l'introduction de l'air dans la cavité de l'abcès. Voici le procédé que propose M. Robert pour arriver à ce résultat. Il conseille de plonger dans la cavité de ces abcès un trocart courbe et très-fin, qu'on fait ressortir par le côté opposé à celui par lequel il a pénétré. On retire ensuite la tige du trocart en laissant en place la canule ; dans l'intérieur de celle-ci on fait glisser un fil de plomb qui est destiné à rester en permanence dans la

cavité, puis lorsque la canule est retirée à son tour, les deux extrémités du fil métallique sont réunies, afin qu'il ne puisse s'échapper. L'on conçoit alors que l'air extérieur ne peut arriver dans le foyer, dont les ouvertures sont ainsi bouchées; que le pus ne peut s'échapper lentement et par une sorte de filtration entre le corps étranger et la surface de la plaie; qu'enfin le fil de plomb étant peu irritant, doit se borner par sa présence à exciter dans les tissus qu'il traverse une inflammation très-circonscrite et peu suppurative. La malade chez laquelle M. Robert a mis en usage pour la première fois ce procédé est une couturière âgée de trente-trois ans, qui est affectée d'un abcès dorsal assez volumineux, dû probablement à la carie de la troisième côte, près de son articulation vertébrale. Cette espèce de séton a été établi le 17 juin par la méthode que nous venons d'indiquer, et cette femme n'a éprouvé de douleurs que celles dues à la présence du fil métallique. Aucune réaction fébrile ne s'est manifestée; le pus suintait chaque jour en petite quantité autour de ce fil, restant complétement inodore. Lorsque les deux petites ouvertures ont paru assez indurées pour devoir se convertir en fistules, M. Robert a retiré le corps étranger, et le pus a continué de couler, les parois du foyer se sont peu à peu affaissées, et cette femme est sortie dans les premiers jours d'août avec les meilleures conditions.

Ce même mode de traitement semble avoir un moins beau résultat chez un jeune homme placé dans le même service. Le foyer de l'abcès était beaucoup plus considérable, il occupait toute la partie interne du tiers supérieur de la cuisse. Depuis quelques jours le pus semble contracter de la fétidité, et si le malade succombe, ce sera moins à des phénomènes de résorption purulente qu'à un épuisement déterminé par une suppuration trop abondante. Le fil de plomb, peut-être, demeuré trop longtemps dans les parois du foyer, est-il cause de l'ulcération de l'une des ouvertures? Du reste, nous n'insisterons pas davantage sur cette nouvelle méthode de traitement des abcès par congestion, M. Robert devant nous donner, dans un travail *in extenso,* le résultat de ses expériences.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ABCÈS DU SEIN. *Trois espèces différentes. Différence de traitement en raison de leur origine.* La distinction des abcès du sein en abcès superficiels ou sous-cutanés, en abcès profonds ou sous-mammaires, et en abcès parenchymateux, est une distinction essentiellement pratique et de la plus haute importance. Ces abcès ont en effet une origine très-différente, et des caractères, une durée, une marche et une terminaison

qui diffèrent aussi en raison de cette origine. Rien ne se ressemble si peu, par exemple, pour la durée et la gravité, qu'une inflammation sous-cutanée du sein, dont la marche est celle d'un phlegmon ordinaire, et une inflammation du parenchyme mammaire, dont la durée n'est souvent pas moindre de six mois à un an; et ces différences n'impliquent pas seulement des différences relatives au pronostic, elles en impliquent surtout, et des plus importantes, au point de vue thérapeutique. Malheureusement les caractères auxquels on peut reconnaître le siége de ces différents abcès ne sont pas toujours très-faciles à apprécier. Aussi importe-t-il, toutes les fois que l'occasion s'en présente, d'appeler l'attention sur les signes différentiels et sur le traitement de ces abcès d'ailleurs si fréquents dans la pratique. C'est ce que ne manque jamais de faire, dans ses leçons cliniques, M. le professeur Velpeau, qui a tant contribué par ses recherches à dissiper l'obscurité et la confusion qui régnaient avant lui sur ce sujet. Voici en quels termes il résume les caractères propres à chacune de ces trois formes différentes d'inflammation du sein, et le traitement qui leur convient.

L'inflammation sous-cutanée du sein se comporte à peu près comme un phlegmon ordinaire; l'abcès s'annonce, dans ce cas, par la saillie, l'amincissement, la teinte livide ou bleuâtre de la peau; la fluctuation est aisée à percevoir. Il n'en est pas de même quand l'abcès s'établit entre la mamelle et la poitrine; le gonflement est alors considérable, la glande est lisse et rénitente, elle est soulevée comme une éponge, et si l'on vient à la presser, elle semble reposer sur une vessie pleine de liquide; il existe autour du sein un empâtement spécial, une espèce d'œdème inflammatoire. Quant aux abcès glandulaires, il n'est pas toujours facile de les distinguer des deux autres espèces; leur siége est ordinairement autour ou au-dessous de l'aréole; la mamelle est bosselée, inégale, son volume n'est jamais considérable, bien que le pus qui sort de ces abcès soit souvent très-abondant. Ce qui caractérise surtout les abcès glandulaires, c'est leur multiplicité; on en voit quelquefois jusqu'à dix, vingt, quarante, cinquante, se montrer successivement, c'est-à-dire autant, dans quelques cas, qu'il y a de lobules dans la glande. C'est à cette forme d'abcès qu'on a donné le nom d'abcès à répétition. Deux malades en ont récemment offert un exemple dans les salles de la Charité.—L'une était une femme accouchée depuis trois semaines; son sein n'avait jamais été très-gonflé, et cependant la suppuration était très-abondante. Un premier abcès fut incisé, puis il en survint un second, puis un troisième, un quatrième, ainsi de suite jusqu'à douze.—La seconde malade offrait un exemple d'abcès parenchymateux arrivé à sa période ultime. Son sein était criblé de trous, parsemé de masses indurées; la peau amincie, rouge, dégénérée dans divers points, et depuis six mois, les abcès se reproduisaient sans interruption.

Ces différentes espèces d'abcès, avons-nous dit, impliquent des différences dans le traitement. On peut essayer la résolution des phlegmons sous-cutanés par les moyens ordinaires. Si la suppuration survient, on ouvre de bonne heure pour éviter le décollement. Le phlegmon sous-mammaire doit être traité surtout par des moyens généraux, les sangsues autour de la mamelle; les topiques n'auraient ici aucune action, parce qu'ils seraient trop éloignés du foyer phlegmasique. L'incision doit être pratiquée de bonne heure et dans le point le plus déclive de la glande. Les phlegmons parenchymateux exigent un traitement général énergique : saignées, purgatifs, médicaments dits *antilaiteux*. Quand le pus se forme, ce qui arrive presque constamment, les topiques, l'incision, n'ont pas une grande action et n'empêchent guère les lobules de se prendre successivement. Il y a néanmoins de l'avantage à ouvrir ces abcès de bonne heure, au fur et à mesure qu'ils se montrent. (*Gaz. des hôp.*, juillet 1847.)

AMÉNORRHÉE *produite par une imperforation du vagin. Sur les causes diverses d'aménorrhée et de dysménorrhée.* Rien n'est plus pernicieux en médecine que l'influence des noms affectés à certains états morbides et à certaines médications, lorsqu'on n'apporte pas dans l'appréciation de ces états et dans la recherche des indications cette habitude d'exploration et ce rigoureux esprit d'analyse, sans lesquels on confond sou-

vent, sous une dénomination commune, les causes morbides les plus diverses et les effets thérapeutiques les plus opposés. C'est ce qui n'arrive que trop souvent dans les cas d'aménorrhée ou de dysménorrhée, auxquels on oppose la médication banale des *emménagogues*, sans s'inquiéter des causes diverses qui peuvent mettre obstacle à la menstruation. Une erreur de ce genre a été habilement relevée par M. le docteur Cabaret, de Saint-Malo, dans le fait suivant, qui présente un nouvel exemple d'aménorrhée par imperforation du vagin.

Une demoiselle de vingt ans, grande et forte, d'un tempérament nervoso-sanguin, avait joui d'une très-bonne santé jusqu'à l'âge de quinze à seize ans. A cette époque elle commença à présenter tous les phénomènes qui précèdent et accompagnent la menstruation, à l'exception de l'hémorrhagie qui caractérise cette fonction. Les autres fonctions, qui s'étaient toujours accomplies d'une manière régulière, se troublèrent tout à coup. Le ventre devint douloureux et acquit graduellement un développement uniforme. La malade ressentit des douleurs dans la région lombaire, un sentiment de pesanteur dans la cavité pelvienne, des accidents spasmodiques, en un mot, tous les phénomènes qui accompagnent habituellement les troubles de la menstruation. Ces phénomènes, qui diminuaient d'intensité après une durée de quelques jours, redoublaient de violence chaque fois qu'ils se reproduisaient, c'est-à-dire toutes les quatre à cinq semaines. L'abdomen prit enfin progressivement le volume qu'il a habituellement au sixième mois de la grossesse. Plusieurs médecins, successivement consultés, conseillèrent l'administration de nombreux médicaments *emménagogues* et *antispasmodiques*, des saignées générales et locales, sans que l'état de cette jeune personne en fût le moins du monde influencé. Appelé à son tour, M. Cabaret, après avoir constaté qu'il n'existait aucun indice de grossesse, constata, à l'exploration des parties génitales, une tumeur demi-sphérique, d'une couleur livide, molle et fluctuante, faisant saillie dans l'intervalle des grandes lèvres; il n'eut pas de peine à reconnaître une imperforation du vagin et une aménorrhée par défaut d'excrétion. Il pratiqua aussitôt la résection de la membrane oblitérante. Cette opération fut suivie de l'issue d'une quantité considérable de sang noir, épais et inodore, qu'il évalue à trois litres environ. La matrice, fortement distendue, se contracta promptement. Les accidents dépendant de la rétention du sang menstruel cessèrent, comme on le pense bien, et, à dater de ce moment, la menstruation s'établit d'une manière régulière.

Dans le même recueil d'où nous venons d'extraire ce fait, s'en trouve un second analogue, dans lequel l'aménorrhée et les graves accidents qui l'accompagnaient reconnaissaient pour cause une oblitération cicatricielle de la matrice, suite de la destruction partielle du col; altération qui ne fut reconnue qu'après plusieurs jours d'emploi infructueux de médications empiriques. Enfin, on trouvera plus bas, au mot *dysménorrhée*, un exemple remarquable d'une forme toute spéciale de dysménorrhée à peu près inconnue jusqu'à présent, et qui prouvera, une fois de plus, combien sont nombreuses et variables les causes qui peuvent porter obstacle à la menstruation, et combien il importe pour la pratique d'apporter une scrupuleuse attention à la recherche de ces diverses causes, sous peine de la plus déplorable confusion et des plus graves erreurs. (*Journ. de la Soc. de méd. de Montpellier*, juillet 1847.)

APHONIE *datant de cinq mois, guérison par les vapeurs d'iode et l'usage interne du bisulfate de quinine et de l'acide iodique.* M. le docteur Elward Monks rapporte l'histoire d'une jeune fille de douze ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, qui, à la suite d'un catarrhe qui avait cédé aux moyens ordinaires, fut prise d'une raucité et d'un affaiblissement de la voix, tels qu'il n'était pas possible de l'entendre à moins de placer l'oreille près de la bouche de la malade. Il n'y avait aucune apparence de lésion matérielle des organes de la voix. A dater de ce moment, cette jeune fille prit un embonpoint considérable. M. Monks la traita d'abord par les vomitifs et les apéritifs, puis par les mercuriaux, l'iodure de potassium, la cinchonine et les gargarismes astringents. Ce traitement fut poursuivi sans le moindre succès pendant près de deux mois. On allait emmener la

malade pour essayer l'effet d'un changement d'air, quand ce médecin eut l'idée de tenter encore les moyens suivants :

1° Inhalation de vapeur d'iode, par l'appareil de Woulf, pendant quinze minutes, deux fois par jour;

2° Usage d'une mixture contenant : sulfate de quinine, 1 grain; acide iodique, 3 grains, pour 1 once de véhicule ; à prendre dans la journée. Dès le septième jour, la voix se faisait entendre plus facilement, mais en conservant sa raucité. Vingt jours après, la voix était redevenue tout à fait naturelle. La guérison se maintint.

Il serait difficile, en raison de la brièveté et du défaut de détails de l'observation que nous venons de résumer, de savoir exactement à quel genre d'affection on avait affaire, à quelle lésion du larynx on doit attribuer cette aphonie. Le fait n'en est pas moins intéressant à enregistrer, et il prouve une fois de plus qu'en l'absence d'indications nettes et précises, des tâtonnements prudents, guidés toutefois d'après les indications générales que peut fournir l'état de la constitution des malades, peuvent souvent amener des résultats inespérés. (*The medical Times* et *Gaz. médic.*, juillet 1847.)

BUBON. *Traitement par le vésicatoire et la solution caustique du sublimé, ou méthode dite de Malapert.* La méthode de traitement du bubon, connue sous le nom de *méthode Malapert*, consiste, comme on le sait, à couvrir toute la surface du bubon d'un vésicatoire et à panser la plaie avec une solution caustique de sublimé; cette méthode a été fort diversement jugée. Récemment encore un journal de médecine en parlait comme d'un traitement que ses inconvénients et son inefficacité avaient fait généralement abandonner, tandis que des médecins placés à la tête de grands services d'hôpitaux spéciaux le considèrent comme le meilleur de tous les traitements abortifs du bubon vénérien, et l'emploient journellement. A quoi peut tenir cette divergence d'opinion à l'égard d'un fait qu'il est aussi facile de vérifier? On se l'explique difficilement. Comme les praticiens, à qui leur propre expérience ne fournit pas des éléments suffisants de comparaison, n'ont d'autre guide, en pareil cas, que l'opinion des hommes placés à la tête des grands hôpitaux, nous croyons leur être agréable en reproduisant à leur intention l'opinion que vient d'émettre tout récemment sur ce sujet M. le docteur Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — « Depuis dix ans environ, dit ce médecin, que j'emploie cette méthode, je n'ai plus rencontré de ces bubons avec clapiers, décollement de la peau, formation de fistules, désordres ulcéreux déplorables, qui, chez l'homme particulièrement, sont si redoutables et si difficiles à guérir. Tout bubon vénérien, suppuré ou non, qui a quelque volume et quelque durée, est attaqué par moi par un vésicatoire de la grandeur d'une pièce de 2 à 5 fr. (suivant l'étendue de l'engorgement), et l'application d'un plumasseau de charpie imbibée de la solution de 50 centigrammes de deutochlorure de mercure dans 15 grammes d'eau distillée, sur la surface excoriée par l'action du vésicatoire, plumasseau qu'on enlève au bout de deux heures et qu'on remplace par un cataplasme. J'ai *toujours* obtenu ainsi, soit la résolution, soit la formation d'un foyer bien circonscrit et bien limité..., si ce n'est dans les cas d'engorgements glandulaires profonds et durs, qui sont plus souvent, je crois, les effets d'une diathèse lymphatique, que d'une maladie vénérienne. (*Gazette médicale*, juillet 1847.)

CALCULS SALIVAIRES ; *leur origine, leur composition et leur fréquence.* Les calculs salivaires ne sont pas aussi rares qu'on paraît le croire généralement, et ces calculs n'ont pour noyau aucun corps étranger autre que les sels calcaires dont ils sont formés. Tels sont les deux points que s'est proposé d'établir M. le professeur Forget, contrairement à l'opinion récemment émise dans un Mémoire dont la donnée principale consiste à admettre que les produits dont il s'agit ne sont point des calculs développés dans les voies salivaires, mais des concrétions, dont le noyau serait constitué par une dent. M. Forget a recueilli deux cas qui, tout en déposant contre cette étrange théorie, paraissent de nature à servir à la solution de quelques-unes des questions encore indécises qui se rattachent à ce sujet. Le premier de ces deux cas est relatif à un calcul salivaire existant au Muséum d'anatomie de la Faculté de Strasbourg. Ce calcul, d'une longueur de 3 centimètres environ, est allongé,

quasi-cylindrique et beaucoup trop mince pour contenir une dent dans son épaisseur. Le second cas a trait à un calcul sublingual, auquel une incision donna issue et dont la présence dans les voies salivaires n'avait même pas été soupçonnée. Ce calcul avait la forme d'un ovoïde irrégulier, allongé; sa superficie était de couleur blanc grisâtre; sa surface rugueuse, chagrinée; il avait 3 centimètres de longueur et 1 centimètre 4 millim. d'épaisseur au point le plus renflé. Son poids était de 2 gramm. 90 centigrammes. Scié dans sa longueur, il présenta des couches alternativement blanches et grisâtres, irrégulièrement concentriques, dont les plus superficielles, comme éburnées, avaient plus de consistance que les profondes; il était généralement très-dur. La poudre de la sciure, analysée, a fourni les résultats suivants. La quantité de la poudre était de 20 centigr., lesquels ont produit :

Phosphate calcique.	14 centigr.	5 milligr.	
Carbonate calcique.	5	—	» —
Matière organique.			
Perte.	»	—	5
	20	—	0

On voit, d'après cette analyse, qu'il s'agit bien en effet, ici, d'une concrétion, d'un calcul, et non d'une dent incrustée de matière tartareuse; sa composition était semblable à celle de la plupart des calculs qui ont été analysés, et dans lesquels le phosphate calcique domine. Ce fait ne serait peut-être pas un argument d'une valeur suffisante, s'il était isolé; mais en parcourant les annales de la science, M. Forget est parvenu à réunir un total de 39 cas de calculs salivaires qui ont été analysés ou broyés, et dans lesquels il n'a été trouvé aucune trace de dent incluse. La composition de tous ces calculs est à peu près toujours la même, sauf la variété des proportions des éléments constituants, dont les plus constants sont le phosphate et le carbonate calcique, combinés avec une petite quantité de matière animale. (*Gaz. méd.*, juillet 1847.)

CAUTÉRISATION AMMONIACALE, *son utilité dans la dyspnée qui accompagne quelques maladies de l'appareil respiratoire.* Nous avons dit un mot dans un des numéros précédents (voy. n° de juin, p. 520) de ce mode de traitement, à l'occasion d'une modification proposée par M. Godemer dans l'emploi du caustique, ainsi que de quelques résultats favorables obtenus par M. Rayer dans son service de la Charité. Ces faits, que nous ne faisions que signaler de souvenir, viennent d'être livrés à la publicité. Leur importance réelle et l'autorité qu'ils empruntent au nom de ce savant et judicieux praticien, nous engagent à revenir aujourd'hui sur cette question et à faire connaître les résultats énoncés par M. Hervieux, interne du service de M. Rayer.

Disons d'abord qu'après avoir constaté par expérience les dangers de la cautérisation pharyngienne, telle que l'a préconisée son inventeur, M. Rayer lui a substitué la cautérisation portée sur la voûte palatine. Voici les effets physiologiques et thérapeutiques qu'il a observés : lorsqu'on porte pendant quelques secondes sur le voile du palais un pinceau imbibé d'ammoniaque, les malades éprouvent un sentiment d'angoisse dont l'intensité est proportionnelle, d'une part, au temps qu'a duré la cautérisation, d'autre part, à la concentration de l'ammoniaque. Plus on prolonge le contact, plus il passe d'ammoniaque dans les voies aériennes, plus aussi l'action exercée sur la muqueuse, ou, par son intermédiaire, sur le système nerveux est énergique et profonde, plus par conséquent l'anxiété redouble et s'aggrave. Si au lieu d'agir sur le voile du palais et ses piliers, on porte le pinceau jusque sur la paroi pharyngienne postérieure, si l'on se sert en même temps d'ammoniaque très-concentrée, et si l'on prolonge ce contact au delà de certaines limites, on pourra déterminer un effet tel que la vie peut être mise en danger. Immédiatement après cette première série de phénomènes, c'est-à-dire l'anxiété plus ou moins vive, la quinte de toux suivie d'une expectoration de mucosités sanguinolentes, le malade, revenu à lui-même, accuse un soulagement très-notable caractérisé par l'absence de toute dyspnée, et l'éloignement, s'il en existait, des accès de suffocation. Un calme profond succède à ces accidents en apparence si graves, et les malades qui jusque-là restaient sur leur séant dans l'attitude la plus pénible, pour se soustraire aux menaces incessantes de suffocation, abandonnent dès ce moment cette attitude et se livrent au sommeil, qu'ils n'avaient pas goûté depuis longtemps.

Chez quelques malades, qui ne pouvaient se livrer au moindre exercice et exécuter les plus légers mouvements sans être pris aussitôt de violents accès d'asthme, la locomotion a pu s'accomplir au bout de quelques jours avec une régularité parfaite. Avec le sommeil, avec la possibilité de prendre de l'exercice, reviennent l'appétit et les forces, en sorte que l'amendement de ce seul symptôme, la dyspnée, peut, en modifiant l'état général, en ramenant le sommeil, les forces et l'appétit, favoriser la marche de la maladie principale vers une terminaison heureuse.

Tels sont les résultats, ajoute M. Hervieux, qu'on peut attendre de la cautérisation ammoniacale dans les cas de dyspnée intense, symptomatique, soit de l'asthme nerveux, soit de l'emphysème pulmonaire. Dans le premier cas, la guérison radicale peut être obtenue par ce seul moyen. Dans le second, on parvient souvent à déterminer une amélioration de l'état général en calmant l'intensité des accidents locaux. Toutefois ce moyen, comme tout moyen énergique, n'est pas sans dangers. M. Rayer, dans le but de prévenir ces dangers, conseille de recourir aux précautions suivantes. Avant de plonger le pinceau dans l'ammoniaque, on le plonge dans l'eau afin qu'il soit plutôt imprégné d'eau que d'alcali. Le pinceau étant ainsi convenablement chargé du liquide alcalin, et après qu'on l'a flairé pour s'assurer que les vapeurs qui se dégagent ne sont pas trop abondantes, on le porte sur le voile du palais, dont on badigeonne rapidement la surface buccale. Quelques secondes (3 ou 4 environ) suffisent pour accomplir ce temps de l'opération.

(*Union médicale*, août 1847.)

CHALEUR HUMIDE *comme topique* (*Nouveau mode d'appliquer la*). Pour les cas, si nombreux, où il est utile d'entretenir sur une partie malade un certain degré de chaleur et d'humidité, on est à peu près réduit à l'usage des cataplasmes. Les cataplasmes réunissent certainement beaucoup d'avantages, mais ils ont aussi quelques inconvénients, notamment ceux de perdre facilement leur chaleur et leur humidité, et de fermenter par un séjour prolongé sur le corps. M. Markwick, pénétré de l'importance de ces inconvénients pour les cas dont il s'agit, a cherché à les faire disparaître en substituant aux cataplasmes un nouveau mode de pansement qui, sous ce rapport du moins, paraît ne rien laisser à désirer. Ce mode de pansement consiste en un mélange d'éponge et de laine, feutrées ensemble, de manière à former une substance unie et molle, à laquelle on peut donner différents degrés d'épaisseur, et qu'on rend ensuite imperméable au moyen d'une enveloppe de caoutchouc. Ainsi composé, ce corps peut conserver l'humidité et la chaleur pendant un temps considérable. La manière de le mettre en état de servir est toute simple. Il suffit d'y verser de l'eau chaude, de l'en laisser s'imbiber, et de le recouvrir ensuite de son enveloppe. L'action émolliente de ce topique, dit l'auteur, s'exerce sans interruption; au nombre de ses autres avantages, M. Markwick signale sa légèreté, son défaut d'odeur, la facilité de le tenir appliqué même pendant la marche et le travail, et de l'adapter indifféremment à la forme de toutes les parties du corps, enfin, son bon marché. Il pense aussi qu'on pourrait l'employer sur de larges surfaces avec succès pour rappeler la chaleur chez les noyés. (*The medical Times* et *Gaz. médic.*, juillet 1847.)

CHORÉE; *son siége et sa nature; traitement par l'oxyde de zinc.* En France, on considère généralement la chorée comme une maladie de nature *spasmodique* et on lui assigne pour siége les centres nerveux et plus particulièrement le cervelet. Les médecins anglais s'éloignent beaucoup de cette manière de voir; ils placent la source première de cette affection dans le sang et son siége direct dans le *système musculaire*. Suivant eux, les muscles doivent être considérés non-seulement comme des organes du mouvement, comme les instruments d'une fonction mécanique, mais comme formant, dans leur ensemble, le plus étendu des tissus de l'économie, et faisant de nombreux et continuels échanges avec les éléments du sang. Telle est la théorie qu'expose M. Bellingham dans un travail inséré dans *Dublin medical Press*. Quant à la nature de cette affection, il rejette l'opinion qui admet un état spasmodique et celle qui admet un état paralytique. Il se fonde sur la raison que voici: la paralysie consiste dans une suspension entière de l'action de la volonté sur les mus-

cles; et le spasme, dans une convulsion soudaine, ou une forte contraction, ou une alternative de contractions et de relâchements. Or, tels ne sont pas les caractères de la chorée. Elle consiste, suivant l'auteur, en un excès de mobilité des muscles affectés aux mouvements volontaires, et dans l'impuissance de garder la même position ou de rester en repos même pendant un court espace de temps. Partant de ces idées, et dans le but de tonifier le sang, et de mettre, en quelque sorte, ses éléments en harmonie de quantité et de qualité avec les besoins du système musculaire, M. Bellingham emploie contre cette affection l'oxyde de zinc. Le fer remplirait à ses yeux les mêmes indications; mais ce qui lui fait préférer l'oxyde de zinc, c'est parce que les préparations martiales ont en général l'inconvénient d'occasionner des maux de tête, de la chaleur à la peau et de la constipation. Il rapporte dans ce travail un certain nombre d'observations dans lesquelles ce moyen paraît lui avoir réussi.

Le point principal qu'il importe de signaler dans ce travail, c'est le résultat thérapeutique, résultat qui n'est pas nouveau en soi, mais qui n'en est pas moins digne d'intérêt, précisément parce qu'il confirme les bons effets généralement attribués aux toniques dans cette affection. Nous ferons toutefois quelques réserves à cet égard, nous en dirons tout à l'heure le motif. Quant à la théorie de la chorée, nous sommes loin de prétendre qu'il soit superflu ou oiseux de s'en occuper, mais nous craignons qu'on ne s'égare plutôt que d'éclairer la question en cherchant à faire prévaloir une théorie exclusive et à assigner à cette affection un siége précis et une nature identique. La chorée ne dépend pas toujours de la même cause, bien que les phénomènes par lesquels elle se manifeste soient en apparence les mêmes. Il est des chorées simples qui, alors même qu'elles ont une certaine intensité, n'ont qu'une durée limitée et guérissent au bout d'un certain temps d'elles-mêmes, sans le concours d'aucune médication, tandis que d'autres, évidemment liées à un trouble profond de l'innervation, que ce trouble soit primitif ou dépendant lui-même d'autres altérations, résistent souvent à tous les efforts de la thérapeutique. Il serait donc important, avant de porter un jugement sur la valeur d'une méthode thérapeutique, et de chercher à résoudre la question d'étiologie, de déterminer préalablement l'espèce de chorée à laquelle on a eu affaire. Il est regrettable que cette distinction n'ait point été faite dans le travail de M. Bellingham. (*Dublin medical press* et *Gazette médicale de Paris*, août 1847.)

DE LA DIFFUSION *et des médicaments diffusibles dans le traitement des affections nerveuses.* Dans un excellent Mémoire inséré dans les *Annales médico-psychologiques*, M. le docteur E. Carrière s'est proposé l'étude d'une classe d'agents thérapeutiques à l'égard desquels il existe une grande confusion, confusion qui est tout à la fois l'origine et le résultat de la fausse dénomination qui leur a été donnée, nous voulons parler des *stimulants diffusibles*. La stimulation et la diffusion, loin de constituer un mode d'action identique, loin de s'entr'aider même mutuellement, s'excluent au contraire. En effet, tandis que la diffusion fait rayonner à la périphérie et dissémine l'action nerveuse accumulée sur un point, au désavantage des autres; la stimulation, au contraire, s'accumule sur un point ou dans un système où elle développe une action nouvelle, où elle produit de l'agitation, de l'excitation. Cette distinction capitale et qui est fondée sur de nombreux faits cliniques, fait parfaitement ressortir ce qu'il y a de contradictoire dans l'association de ces deux mots *stimulants* et *diffusibles*. C'est donc, suivant M. Carrière, cette dernière dénomination qui doit seule être affectée à la classe de médicaments dont il s'agit et dont l'effet commun est de répandre, de disséminer, de répartir dans toute l'économie la somme d'influx nerveux qui se trouve accumulée en excès sur un point. Pour comprendre le mécanisme et le mode d'action de ces agents, il serait nécessaire de suivre l'auteur dans des considérations physiologiques que les limites de cet article ne nous permettent pas de reproduire, mais que nous pourrons toutefois résumer en quelques mots, savoir : qu'il existe dans l'appareil nerveux, comme dans l'appareil sanguin, un système circulatoire, et partant, dans l'un comme dans l'autre, des congestions, des stases, des accumulations inégales et irrégulières du fluide contenu dans les canaux qui le transmettent;

fait que l'analogie avait depuis longtemps fait soupçonner et que les recherches modernes de physiologie et de pathologie du système nerveux tendent de jour en jour à rendre plus probable. Un autre fait encore moins contestable, est la connexion intime qui lie ces deux systèmes et qui enchaîne leur action physiologique. Étayé sur ces deux ordres de faits, l'auteur explique ainsi la manière dont s'opère la diffusion : elle a lieu par deux voies, la voie directe et la voie indirecte, c'est-à-dire par l'impression directe de certains agents sur le système nerveux, ou par l'intermédiaire et par l'influence du système circulatoire sanguin. De là une division naturelle des agents diffusibles en deux classes, dont la première comprend ceux qui agissent dynamiquement sur le système nerveux, et la seconde ceux qui ne modifient la sensibilité qu'en portant d'abord leur influence sur le sang.

Les substances volatiles peuvent être considérées comme les plus actives, les plus efficaces, parmi les diffusibles par voie directe, ce sont aussi les plus usuelles. L'agent thera- entique le plus important de cette classe est l'acétate d'ammoniaque; puis viennent les éthers, et enfin les alcooliques ou les composés qui sont caractérisés par un arome dissous dans un principe spiritueux; les substances médicamenteuses qui produisent la diffusion au plus bas degré, ce sont l'eau de tilleul et les préparations analogues de quelques labiées, comme la mélisse, etc. Les diffusibles par voie indirecte comprennent toutes les substances qui agissent sur la circulation, et opèrent la diffusion nerveuse par une détente sudorale, tels que les infusions aromatiques chaudes, l'eau sucrée chaude elle-même, prise souvent et à petits coups, la température associée à un principe alcoolique, le punch, le vin chaud, en un mot, tous les moyens d'action modérés qui peuvent appeler ou entretenir dans les capillaires cutanés une sorte d'état fluxionnaire. Mais les diffusibles par excellence, et qui ont l'avantage de ne pas porter dans l'organisme un élément étranger à l'action qu'ils sont destinés à produire, sont les diffusibles externes, les bains simples à température plus ou moins élevée, et surtout certains bains composés, comme les hydro-sulfureux, etc.

Il nous resterait à dire un mot des indications et des motifs qui doivent déterminer le choix entre les deux classes de diffusibles. Mais ce serait entrer dans un champ trop vaste, où il nous serait impossible de suivre l'auteur. Les praticiens sauront d'ailleurs parfaitement y suppléer si nous sommes parvenu à présenter avec une suffisante clarté les données qui précèdent et qui en doivent régler l'emploi. Nous nous bornerons à citer un exemple dans lequel se résume l'une des indications les plus fondamentales. A-t-on affaire à une névralgie compliquée de congestion, elle cédera aux diffusibles qui déterminent la crise sudorale; la névralgie pure, au contraire, risque de l'exaspérer si on pousse la diffusion jusqu'à ce dernier effet. On doit employer contre la première les diffusibles par voie indirecte, contre la seconde, ceux qui exercent leur influence par voie directe. (*Annales médico-psychologiques*, juin 1847.)

DÉLIVRANCE TARDIVE; *sortie du vagin hors des parties: réduction et emploi du seigle ergoté.* Le fait suivant est un de ces nouveaux exemples malheureusement beaucoup trop fréquents des accidents auxquels sont exposées les femmes en couches, qui sont livrées entre des mains malhabiles et inexpérimentées. Il fut heureusement facile, dans ce cas-ci, de prévenir les suites fâcheuses qu'a pu avoir l'accident dont il s'agit. Voici le fait tel que le rapporte M. le docteur Cambay, médecin de l'hôpital de Tlemcen. Ce médecin fut appelé auprès d'une femme qui venait de donner le jour à un enfant peu développé et à terme. La délivrance n'avait pas eu lieu, quoiqu'il y eût au moins deux heures que l'enfant fût venu au monde. En arrivant près de l'accouchée, il voulut pratiquer le toucher et sentit une tumeur considérable, plus grosse que le poing et qui faisait une saillie prononcée à l'extérieur des parties génitales. Cette tumeur, examinée avec soin, fut reconnue être constituée par le vagin sorti pendant les tiraillements exercés par les femmes qui avaient fait l'accouchement. La muqueuse était d'un rouge livide ou noir, et l'on voyait le cordon qui sortait du milieu de cette masse. Ayant introduit le doigt dans les parties, M. Cambay reconnut que le col de la matrice était contracté. Les tractions sur le cordon n'avaient aucun

résultat. Il repoussa avec les doigts enduits d'huile le vagin dans sa place naturelle, et frictionna le ventre avec la main pour exciter les contractions utérines. Après une heure d'attente inutile, il fit prendre un gramme de seigle ergoté, en quatre fois, à dix minutes d'intervalle, ce qui causa quelques contractions de la matrice, suivies de la sortie du délivre. (*Journ. de la Soc. de méd. de Montpellier*, juillet 1847.)

DYSMENORRHÉE (*Sur une forme particulière de*). Le docteur Oldham signale à l'attention des médecins une forme particulière de dysménorrhée, qui n'a été jusqu'à présent décrite par personne, que nous sachions, et qui serait d'autant plus curieuse et intéressante à étudier, qu'elle tendrait à confirmer une théorie physiologique toute nouvelle de la menstruation; nous voulons parler de celle qui assimile cette fonction à une ponte périodique. Cette forme de dysménorrhée consiste dans l'expulsion, à chaque époque menstruelle, d'une production membraneuse qui ressemble à la membrane caduque, et dont le rejet est précédé des signes ordinaires de la congestion utérine. Voici, suivant M. Oldham, la marche habituelle des phénomènes. La femme, à l'époque des règles, éprouve les symptômes ordinaires de la dysménorrhée; cependant les accidents paraissent siéger plus particulièrement du côté des ovaires; c'est dans cette région que les malades accusent de la douleur, et l'on y sent parfois de la rénitence. Si le flux menstruel tarde à s'établir, bientôt le corps de l'utérus s'engorge, principalement à sa partie postérieure; il survient une rétroversion. Quand enfin le flux s'établit, il amène, non sans beaucoup d'efforts et de douleurs, une membrane dont l'apparence varie. Quelquefois, mais rarement, elle a la forme d'un tube; d'autres fois, elle sort en lambeaux plus ou moins larges. Dans quelques cas, elle se mêle au sang coagulé et forme une concrétion épaisse, ou bien elle s'allonge en filaments, ou se divise et prend la forme ramifiée. Dans tous ces cas, cette membrane, comme la caduque, a une face rugueuse et l'autre polie; de plus, elle est percée de petits trous et mêlée à des débris d'épithélium. Elle n'a rien, du reste, des fausses membranes qui sont habituellement le produit de l'inflammation. (*London med. Gazet.*, et *Archives de méd.*, juillet 1847.)

ERGOT DE SEIGLE; *son emploi dans la dyssenterie*. L'ergot de seigle est un médicament dont on n'a certainement pas encore tiré tout le parti qu'on en doit attendre. On s'est trop habitué jusqu'à présent à ne considérer dans cet agent que son action élective sur la matrice; cette action se rattache sans aucun doute à une action dynamique plus générale dont toutes les propriétés sont encore loin d'être connues. Le fait suivant est digne, sous ce rapport, de fixer l'attention des praticiens en leur signalant une nouvelle application heureuse de ce médicament.

Chez une femme de cinquante ans, atteinte d'une dyssenterie contre laquelle avaient échoué tous les moyens ordinaires, l'opium, le cachou, le calomel, etc., M. le docteur Frédérick S. Gervis eut l'idée d'employer l'ergot de seigle vanté, comme on sait, et avec raison, contre les hémorrhagies. Il formula en conséquence la prescription suivante :

Pr. Solution de Battley....	1 drachme.
Teinture de sesqui-chlorure de fer..........	1 drachme.
Eau..................	6 onces.

A prendre en quatre fois, à quatre heures d'intervalle.

L'emploi de cette mixture fut suivi d'une amélioration notable. La guérison était complète après la troisième dose. (*The Lancet*, et *Gaz. méd.*, août 1847.)

FIÈVRES INTERMITTENTES *pernicieuses chez les vieillards affectés de maladies chroniques stationnaires.* — L'intermittence dans les maladies est un caractère des plus importants, et il est peu de cas dans lesquels le médecin ne doive avoir présent à l'esprit la possibilité de son existence. Cependant, il est rare que dans le pays où les fièvres intermittentes ne sont pas endémiques, on se pénètre suffisamment de l'utilité de ce précepte. M. Bricheteau vient, par des faits qui se sont depuis peu présentés à son observation, montrer le danger qui menace certains sujets d'un âge avancé, et particulièrement ceux qui sont atteints de maladies chroniques stationnaires, quand ils ont des accès de fièvre intermittente; plusieurs d'entre eux succombent rapi-

dement à ces accès, promptement devenus pernicieux. Ces fièvres sont méconnues ou confondues avec une exacerbation de l'affection chronique existante, et les moyens curatifs les plus efficaces sont, par suite de cette erreur, complétement négligés. Nous citerons seulement les deux exemples suivants à l'appui de ces observations.

Obs. I. M. D., propriétaire, âgé de soixante-dix-huit ans, était sondé tous les jours, pour une maladie grave de la vessie, par un chirurgien habile et soigné par un médecin qui le voyait rarement. Le chirurgien ayant appris que le malade avait des mouvements fébriles par intervalles, crut devoir en faire prévenir le médecin qui ne venait pas le voir depuis plusieurs jours; celui-ci tint peu de compte de la périodicité dénoncée par le chirurgien. Dans une visite qu'ils firent au malade, un jour d'apyrexie, ils le trouvèrent fort bien ce jour-là, et furent rassurés sur son état. Le soir de ce même jour, il eut un accès qui l'emporta. Des investigations tardives, faites sur le commémoratif, auprès des personnes qui soignaient le malade, prouvèrent qu'il avait succombé à un quatrième ou cinquième accès de fièvre pernicieuse.

Obs. II. M. M., ancien militaire, âgé de soixante ans, vint à Paris pour se faire broyer un calcul vésical dont il était affecté depuis cinq ans. La première séance de lithotritie eut lieu en février. Il souffrit peu pendant l'opération; mais, à la suite de chaque séance, il avait un léger accès de fièvre, qui se calmait quelque temps après. Lors du dernier broiement, qui eut lieu le 8 avril, l'accès fébrile fut plus fort, se répéta les jours suivants et prit un caractère intermittent. Le malade ne souffrait point de la vessie, rendait des urines limpides; seulement, au commencement de chaque accès, il éprouvait une douleur dans les lombes et dans les reins. La percussion et la palpation n'indiquèrent rien d'anormal. Le mouvement fébrile n'était pas intense (85 à 90 puls.); cependant l'agitation était extrême, la nuit presque sans sommeil; le malade était d'ailleurs singulièrement préoccupé de son état. Pendant huit jours de suite, on lui donna de 60 centigr. à 1 gramme de sulfate de quinine pendant l'apyrexie, mais sans le moindre succès; la fièvre revenait chaque soir, et il fallut même, le huitième jour, cesser le sel fébrifuge, son administration ayant déterminé des vomissements qui durèrent deux jours, accompagnés de douleurs à l'épigastre et aux lombes. Ces symptômes cédèrent à une médication calmante; mais la fièvre persista plus intense que jamais. Une consultation eut lieu; et, malgré le soupçon fondé d'une phlegmasie profonde et obscure du rein, il fut décidé qu'on reviendrait au sulfate de quinine; seulement, attendu l'état d'irritation de l'estomac, le fébrifuge devait être donné par le rectum. On administra 2 grammes de ce sel, en deux fois, dans un lavement de 250 grammes. Le succès de ce moyen fut complet. La fièvre, qui n'avait pas cessé de se montrer chaque soir depuis trois semaines, à divers degrés d'intensité, cessa complétement pour ne plus reparaître. On continua quelques jours encore le sulfate de quinine, à doses décroissantes, et M. M. put retourner en province complétement guéri de sa fièvre. Deux mois après, on finit de broyer ses calculs, et les cinq séances nécessaires pour ce travail ne furent suivies d'aucun accident.

Une remarque générale s'applique au Mémoire de M. Bricheteau, c'est que la plupart des sujets des observations qu'il renferme, étaient affectés de maladies des voies urinaires, et l'on sait avec quelle facilité les accès de fièvre intermittente se produisent à la suite des opérations, grandes ou petites, que nécessitent ces affections. (*Archives générales*, juin 1847.)

FIÈVRE TYPHOIDE. *Traitement abortif de l'éruption intestinale par le sulfure noir de mercure.* M. le professeur Serres a annoncé récemment à l'Académie des sciences le résultat des expériences qu'il fait depuis plusieurs années, dans le traitement de la fièvre typhoïde. Guidé par l'analogie qui existe entre l'éruption intestinale de la fièvre typhoïde et l'éruption variolique, et par les succès qu'il a obtenus, dans cette dernière affection, de l'emploi des topiques mercuriels, M. Serres a été conduit à essayer l'effet de moyens analogues sur l'éruption typhoïde. Après un examen attentif des diverses préparations mercurielles et de leurs effets sur l'organisme, le sulfure noir lui a paru le plus propre à remplir l'indication qu'il se proposait d'ob-

tenir. Voici le mode d'administration auquel il s'est arrêté.

Le traitement se compose de l'administration du mercure à l'intérieur et à l'extérieur : à l'intérieur, sous forme de sulfure noir de mercure, éthiops minéral, en pilules ; à l'extérieur, sous forme de pommade mercurielle en frictions sur l'abdomen.

Les frictions, ou plutôt les onctions, à la dose de 8 à 10 grammes, sont répétées tous les matins.

Les pilules de sulfate sont prescrites généralement tous les deux jours, au nombre de 4 ou de 6. Voici leur formule :

Pr. Ethiops minéral...	1	gramme.
Poudre de gomme adragante........		0,50 grammes.
Sirop simple......		Q. S.

Faites une à quatre pilules.

Le traitement, ainsi formulé, peut, le plus souvent, être continué pendant huit ou dix jours sans interruption, avant que l'on ne voie survenir de traces de stomatite. Lorsque la muqueuse gingivale et buccale commence à rougir, on suspend d'abord les frictions, et l'on diminue de moitié la dose du purgatif mercuriel, si l'on juge nécessaire de le continuer, et l'on fait faire usage aux malades de gargarismes aluminés et de frictions avec des tranches de citron sur les gencives.

Cette médication peut être considérée comme atteignant un double but, comme obéissant aux deux indications principales du traitement de la fièvre typhoïde, savoir : 1° traiter l'éruption intestinale, et diminuer ainsi les chances fâcheuses de la maladie en mettant les malades à l'abri des ulcérations des plaques et des troubles digestifs et rectionnels qu'elle entraîne nécessairement à sa suite ; 2° traiter l'empoisonnement général par des évacuations purgatives.

Ne pouvant donner les preuves directes de l'effet de l'éthiops sur les plaques intestinales, M. Serres pense être arrivé à ce résultat par induction, *a posteriori*, en montrant d'abord quelle est l'action des préparations mercurielles sur les éruptions qui accompagnent des maladies analogues à la fièvre typhoïde et sur l'éruption cutanée elle-même de cette affection, et en notant ensuite avec soin les symptômes qui suivent l'administration de ce médicament à l'intérieur. Or, l'application des topiques mercuriels fait avorter les pustules varioliques ; les frictions mercurielles éteignent l'érisypèle de causes internes ; enfin, des onctions mercurielles faites sur l'abdomen font pâlir, puis disparaître les taches rosées lenticulaires, qui se développent sur cette région chez les malades atteints de la fièvre typhoïde. Ces premiers faits prennent une grande importance des résultats plus positifs que fournit l'examen des symptômes généraux.

Or, sous l'influence de l'administration du sulfure noir : 1° la diarrhée se modère et les selles deviennent moins fréquentes, lorsque le médicament a épuisé son effet purgatif ; 2° le ballonnement du ventre diminue et disparaît, s'il existe, et ne se manifeste pas si le médicament est administré dès le début de la maladie.

Il en résulte donc que le sulfure de mercure exerce, outre son action purgative, une action topique sur l'éruption intestinale, qui a pour effet d'empêcher son développement ou de l'arrêter et de remédier, par suite, à deux symptômes, très-graves de la maladie : la diarrhée, qui produit la prostration, et le ballonnement, qui, joint à la bronchite consécutive, amène l'asphyxie.

Mais ces résultats, ajoute M. Serres, ne sont pas les seuls que produit l'administration intérieure de l'éthiops minéral. Si l'on examine attentivement l'action qu'il exerce sur l'ensemble de l'organisme, on voit qu'il y en a une autre plus générale, qui montre qu'elle s'étend plus loin, et qu'elle paraît atteindre la cause elle-même de la maladie. En effet, sous l'influence de l'éthiops, la fièvre tombe, la fréquence du pouls diminue, le délire et la céphalalgie se modèrent, et cela d'une manière tellement manifeste, qu'il est impossible de ne pas voir dans ce résultat l'effet du médicament. Enfin, par cette méthode, on n'abrège point la durée de la fièvre entero-mésentérique ; elle dure, comme avec les autres méthodes, de trois à quatre septénaires ; mais le plus souvent, quand elle est prise au début, on la réduit a un *statu quo* qu'elle parcourt sans accident. — Ajoutons que ce qui précède, résultat des observations recueillies avec soin depuis plusieurs années, n'est pas le dernier mot de M. Serres et qu'il se propose de poursuivre ses études relatives à l'effet direct de cette médication sur l'éruption intestinale, et de chercher à préciser les cas où le sulfure noir de mercure

ne lui a pas paru devoir être administré. (*Comptes-rendus des séances de l'Académie des sciences*, août 1847.)

FONGUS PÉDICULÉ *du col de l'utérus; ligature.—Procédé à appliquer aux cas de dégénérescences cancéreuses du col, non pédiculées.* M. le professeur Blandin recommande, dans les cas de fongus pédiculé de l'utérus, d'appliquer le fil de ligature, non sur la tumeur elle-même, mais sur le col de la matrice; et, dans les cas où l'on ne pourrait mettre la ligature au delà de la partie malade du col, sur les tissus encore sains; il conseille de chercher à faire tomber la masse de la tumeur et d'appliquer ensuite des caustiques sur le point d'où cette masse s'est détachée. Il a érigé cette manière d'agir en précepte pratique, et il se fonde en cela sur ce que ces fongus, auxquels les auteurs donnaient le nom de polypes sarcomateux, ont presque toujours un élément cancéreux. Quant aux cas d'affections cancéreuses du col de la matrice, dans lesquelles il n'y a pas de pédicule et où la masse carcinomateuse fait corps avec les parties saines, voici le procédé que M. Blandin conseille de suivre: il faut chercher à opérer une pédiculisation artificielle de la tumeur, ce que l'on parvient à faire en appliquant sur la tumeur des pinces de Museux. La pince une fois placée et solidement fixée, les mors rapprochés par un lien jeté sur les branches, près des anneaux, on place la ligature sur les parties saines de l'organe situées immédiatement au-dessus des mors de la pince. Cette méthode a réussi à ce chirurgien dans une circonstance récente où il avait affaire à une dégénérescence cancéreuse du col. (*Gaz. des hôpitaux*, juillet 1847.)

FRACTURE DU CRANE, *avec large perte de substance, suivie de guérison.* L'observation que nous allons rapporter résout un point intéressant de pratique chirurgicale. Dans les cas de fracture du crâne, avec enfoncement des fragments osseux accompagné d'hémorrhagie, la plupart des chirurgiens ont donné le conseil, suivant le précepte de Desault, de laisser en place les portions d'os déprimées, et d'attendre, pour agir, que les accidents dépendant de la compression du cerveau se manifestent. Cependant lorsque par la violence du coup les pièces osseuses ont été complétement détachées, nous pensons qu'on doit les enlever, qu'il est indispensable de les enlever immédiatement; cette espèce de trépanation naturelle, en donnant issue aux liquides épanchés dans la cavité crânienne, prévient, non-seulement les accidents de compression, mais encore ceux que la nécrose de ces esquilles pourrait amener, et met à l'abri des désordres que leur élimination pourrait produire. Aussi approuvons-nous la conduite que M. Pereira a tenue dans le cas suivant: le 15 janvier 1846, Louis Bn, âgé de quarante ans, homme de peine au chemin de fer d'Orléans, eut la tête prise entre deux wagons qui marchaient en sens inverse. Les assistants entendirent un craquement très-distinct, semblable au bruit sec d'un sabot qu'on aurait écrasé. Le blessé s'affaissa sur lui-même, baigné dans son sang; cependant, soutenu par ses camarades, il put gagner à pied la gare des marchandises, distante de cent mètres environ du lieu de l'accident. M. Pereira, appelé immédiatement, constata une plaie énorme s'étendant de l'occiput à l'angle externe de l'œil gauche. La solution de continuité, assez nette en arrière, présentait dans sa moitié antérieure des bords contus, des lambeaux irréguliers et un vaste décollement du cuir chevelu. Un peu au-dessus et en avant de la région temporale gauche, les os étaient brisés et enfoncés. Il s'écoulait une grande quantité de sang. M. Pereira commença par lier deux petits vaisseaux des téguments, et comme du sang rutilant continuait à s'échapper à travers les fissures par jets isochrones aux battements du pouls, il fit l'extraction des fragments osseux qui présentaient d'ailleurs une assez grande mobilité: se servant d'abord d'une spatule en guise d'élévatoire, il parvint à introduire la branche d'une pince à pansement sous la plus large portion d'os enfoncé; puis, à l'aide de mouvements latéraux, parvint à la dégager de dessous la table interne des os voisins où elle était enclavée, et l'enleva entièrement. Cette plaque, de forme ovalaire, avait 6 centimètres de long sur 4 de large; plusieurs autres fragments plus petits furent retirés et laissèrent à découvert une partie de la dure-mère. Cette membrane, débarrassée de la couche de sang coagulé qui la recouvrait, pa-

rut saine et intacte; la moitié postérieure de la plaie, dont les bords étaient nettement divisés, furent réunis par trois points desuture, puis des bourdonnets de charpie furent placés sur le point de la dure-mère d'où s'échappait le jet saccadé probablement fourni par l'artère méningée moyenne; par-dessus, un grand nombre de plumasseaux retenus par quelques compresses et un bandage en fronde. Le malade, pendant ce pansement long et douloureux, ne présenta aucun trouble de la sensibilité ni du mouvement. Les premiers jours, dans la crainte de ramener l'hémorrhagie, on se borna à renouveler les couches supérieures de charpie. Le 20, on put enlever impunément les boulettes de charpie placées profondement dans la plaie. Le calme dont ce malade a joui a été très-grand; dès la première nuit il a pu goûter quelques instants de repos; la fièvre dura vingt-quatre heures; un peu de céphalalgie s'est montrée, mais elle a été très-peu intense. La cicatrisation de la plaie a marché progressivement, elle était complète au commencement du mois de mai. M. Pereira fit porter au blessé une plaque de tôle garnie de caoutchouc pour protéger pendant les premiers temps la cicatrice, mais au bout de quelques mois il y renonça; on ne percevait plus l'impulsion imprimée à la masse encéphalique par le battement artériel, le tissu cicatriciel était devenu plus solide, plus épais, et s'était probablement déjà pénétré de matière osseuse. (*Archives*, juillet 1847.)

GROSSESSE (*Exemples de la persistance des règles pendant la*). Les accoucheurs ne sont pas d'accord sur le fait d'une véritable persistance des règles pendant la grossesse. M. Moreau en nie complétement la possibilité. M. P. Dubois l'admet pour sa part, mais comme quelque chose de si exceptionnel, que, naguère encore, il disait n'en avoir pas rencontré d'exemples dans sa pratique. Cependant deux cas de ce genre viennent de se présenter presque en même temps dans ses salles. Le premier a été offert par une femme qui n'a d'ailleurs présenté rien d'extraordinaire, sinon ce fait si rare d'une persistance des règles pendant sa grossesse. Les règles se sont montrées pendant tout le temps de la gestation, sauf les septième et huitième mois. Elles duraient trois jours. Cette femme dit fort bien d'elle-même que le sang des règles, pendant sa grossesse, était plus rose que hors de ce temps, et ne coulait pas continuellement. Il paraissait le matin et disparaissait pour reparaître ensuite. Ces caractères, que la femme indiquait sans qu'on les lui signalât, sont bien, en effet, ceux qui différencient la persistance des règles pendant la grossesse, d'une hémorrhagie. L'autre femme a présenté cette même persistance du flux menstruel pendant les six premiers mois, aux mêmes époques que s'il n'y eût pas eu de grossesse. Sa mère, dit-elle, a eu aussi ses règles pendant les six premiers mois. Elle assure même que quelques-unes de ses tantes se sont trouvées dans le même cas.

Tout en signalant ces faits, M. P. Dubois en prit occasion de recommander une excessive réserve pour admettre dans des cas donnés, en pratique, la persistance des règles pendant la grossesse. Une dame, dont le ventre se développait graduellement, tandis qu'elle continuait d'être reglée, fut longtemps entretenue dans une douce illusion par son médecin. M. P. Dubois, appelé en consultation, dut la détromper : elle avait une hydropisie ovarique à laquelle elle a plus tard succombé. (*Journ. des Conn. méd.-chirurg.*, juillet 1847.)

HÉMATOCÈLE *de la tunique vaginale. — Hématocèle enkystée du cordon du même côté.* Un homme de quarante ans, bien constitué, s'est présenté dans le service de M. Velpeau, à la Charité, portant au scrotum gauche une tumeur pyriforme volumineuse et dont le sommet se perdait vers le canal inguinal. Cette tumeur était indolente, sans changement de couleur à la peau; elle était beaucoup plus lourde que n'est ordinairement une hydrocèle du même volume; sa surface était assez égale; la fluctuation n'y était pas évidente, elle n'était pas, du moins, franche; on éprouvait plutôt la sensation d'un corps mou que celle d'un liquide. Cet homme avait depuis longtemps, au-dessus du testicule, un petit noyau du volume d'une noisette, et tout à fait indolent. Ce petit noyau a pris de l'accroissement depuis un an. M. Velpeau, sans se prononcer formellement sur la nature de cette tumeur, penchait plutôt cependant pour

une hématocèle, que pour une hydrocèle ou une tumeur encéphaloïde; une ponction exploratrice confirma ce diagnostic. Il sortit par la canule une petite quantité de sang et des caillots fibrineux; il fallut faire une incision, afin de pouvoir détacher avec le doigt des morceaux de fibrine qui adhéraient fortement aux parois du sac. A l'aide de ces manœuvres, le scrotum fut presque entièrement vidé, à l'exception toutefois du sommet de la tumeur, séparé de la partie inférieure par une sorte de collet ou d'étranglement. Cette portion supérieure était molle, fluctuante; une ponction en fit sortir d'abord une sérosité rougeâtre, puis du véritable sang un peu séreux : la tumeur se trouva ainsi complètement vidée. Il y avait donc, dans ce cas, tout à la fois une hématocèle de la tunique vaginale et une hématocèle du cordon du même côté, entièrement distincte et séparée de la précédente; fait très-rare et dont il est assez difficile de s'expliquer l'existence coïncidente. (*Gazette des Hôpitaux*, juillet 1847.)

INSOLATION; *accidents cérébraux; mort. Effets habituels d'une température excessive sur le cerveau.* Certains faits de pathogénie, en même temps qu'ils offrent toujours un intérêt scientifique, soulèvent parfois des questions médicolégales fort importantes, comme, par exemple, lorsque deux causes ayant agi simultanément pour produire un résultat pathologique commun, l'une de ces causes étant une violence extérieure exercée par une main criminelle, l'autre, une influence pathogénique concomitante quelconque, il s'agit de déterminer quelle est celle de ces deux causes qui a eu la principale part dans les résultats produits. Le fait suivant, rapporté par M. le docteur Alexander Morris, soulève une question de cette nature.

Un enfant de trois ans fut pris tout à coup d'un accès de convulsions, avec vomissement d'un liquide verdâtre. Les convulsions, après avoir augmenté pendant quelque temps d'une manière continue, furent remplacées par des alternatives de rigidité spasmodique et de relâchement du tronc et des membres inférieurs. Les urines et les fèces étaient rendues involontairement; la vision semblait complétement abolie; les yeux étaient fixes et insensibles à la lumière, les pupilles contractées. On sentait à peine les battements du cœur, tandis que les pulsations des artères temporales étaient pleines et résistantes. Extrémités tout à fait froides; température du corps au-dessus du degré normal; signes d'engorgement muqueux des bronches. Cet état dura environ six heures, au bout desquelles l'enfant succomba, malgré l'emploi des moyens les plus énergiques. A l'autopsie, on trouva le cerveau augmenté de volume, fortement appliqué contre le crâne, et évidemment comprimé. Le cerveau offrait, du reste, l'aspect qu'on observe d'ordinaire à la suite de l'apoplexie. Il n'y avait pas d'épanchement dans les ventricules. Il est important d'ajouter, car c'est sur cette double circonstance que porte l'intérêt principal de ce fait, que l'enfant avait reçu un coup sur la tête quelques jours avant l'invasion des accidents auxquels il a succombé, et qu'à la même époque il avait été exposé, tête nue, à un soleil ardent. Etait-ce au coup porté sur le crâne qu'il fallait attribuer les accidents cérébraux survenus chez cet enfant, et la mort qui en avait été la suite, ou à l'influence du coup de soleil? Etait-il possible, dans l'espèce, de discerner celle de ces deux causes qui avait eu la part principale dans ce funeste événement? Telle était la question sur laquelle la justice demandait des éclaircissements à la science. M. Morris fut d'avis que l'action du soleil avait joué le rôle principal, et le coup un rôle secondaire et de moindre importance. Il fondait son opinion principalement sur les effets habituels d'une température excessive, surtout chez les enfants. En outre, la forme apoplectique de la maladie, l'engorgement sanguin de la masse cérébrale s'accordaient parfaitement avec les observations connues d'insolation prolongée. Enfin, dans l'espèce, le coup porté sur le côté droit de la tête était antérieur de trois jours pleins à l'explosion de l'accès, et n'avait été suivi d'aucun accident immédiat appréciable, tandis que l'exposition au soleil n'avait précédé que d'un jour les convulsions, et avait laissé un malaise continu.

Comme pour venir à l'appui de cette conclusion, on lit dans le même recueil la relation de deux cas de congestion cérébrale, suite d'une élévation insolite de température.

Dans ces deux cas, les signes de l'engorgement sanguin étaient modérés, il y avait excitation, tendance à la colère, incohérence des idées, c'est-à-dire l'ensemble des symptômes que l'on observe assez habituellement pendant les fortes chaleurs de l'été. Dans le fait de M. Morris, les accidents avaient été plus graves, l'engorgement cérébral était plus considérable, l'encéphale était comprimé; aussi y avait-il en état convulsif d'abord, puis perte de connaissance et coma. On peut donc considérer ces faits, malgré leurs différences, comme des degrés divers d'une même influence pathogénique. (*The medical Times*, et *Gaz. méd.*, juillet 1847.)

LUXATION *de la hanche, compliquée de fracture du fémur*. Le fait suivant, rapporté par M. Bainbrigge, est un exemple d'une complication assez rare, et qui, lorsqu'elle se présente, peut entraîner de singulières et fâcheuses méprises, ainsi que cela est arrivé dans cette circonstance: Une femme de trente-huit ans, réduite à l'état cachectique par suite d'un cancer du sein, fit une chute pendant qu'elle essayait de faire quelques pas. Le médecin appelé reconnut une fracture du tiers supérieur du fémur, avec un raccourcissement du membre d'un pouce et demi à deux pouces. L'extension fut faite avec force, et maintenue au moyen d'une longue attelle droite, de manière à donner au membre une dimension égale à celui du côté sain. Elle fut laissée dans cette attitude pendant cinq mois, y souffrant d'horribles douleurs, et sans qu'on aperçût aucun progrès vers la consolidation. Quand M. Bainbrigge la vit au bout de ce temps, il reconnut, à sa grande surprise, que les fragments étaient écartés l'un de l'autre d'environ trois pouces. L'extension fut aussitôt supprimée, afin de laisser aux muscles leur action normale; la malade en éprouva un grand soulagement. Mais, après deux jours de repos, le calme revenu, un nouvel examen attentif fit reconnaître une luxation du fémur fracturé dans la fosse iliaque. On constate en même temps l'existence d'un cal du volume du poing, adhérent à la partie supérieure de l'os, vers son extrémité fracturée. Il était évident, dès lors, que la luxation ayant déterminé un raccourcissement invincible du membre par les moyens d'extension, l'action de ceux-ci n'avait pu qu'écarter les fragments l'un de l'autre; c'était là la cause des souffrances si vives qu'avait éprouvées la malade. Dans une pareille occurrence, le long intervalle de temps écoulé depuis l'accident ne permettant pas d'espérer la réduction de la luxation, le but important, et le seul qu'on pût atteindre, était la consolidation de la fracture. C'est ce que M. Bainbrigge chercha à obtenir en cessant l'extension et appliquant une courte attelle sur la face interne du membre, lequel fut placé simplement sur des coussins. La tumeur du col se résorba promptement, et en six semaines la fracture était consolidée. Au bout de deux mois, la malade était entièrement rétablie, à part la difformité résultant de l'os luxé, lequel avait contracté de nouveaux rapports dans sa position anormale. (*London med. Gaz.*, et *Gaz. méd.*, juillet 1847.)

OVARIOTOMIE. *Appréciation de ses résultats*. En rendant compte, dans notre dernier numéro, de la première opération d'ovariotomie pratiquée avec succès en France, nous exprimions l'opinion que cette opération, accueillie en Angleterre et en Amérique avec une sorte d'enthousiasme, avait été, en France, l'objet d'une proscription trop absolue. « Entre la témérité des chirurgiens anglais, disions-nous, et la trop grande réserve des chirurgiens français, devra se placer, à l'avenir, une ligne moyenne de conduite qui permettra d'apprécier convenablement les cas où l'opération sera possible et indiquée, et ceux où elle serait téméraire et impossible. » Tout porte à croire que le moment n'est pas éloigné où cette appréciation pourra se faire en toute connaissance de cause et sans idées préconçues. En effet, pendant que nous écrivions ces lignes, M. le docteur Chereau réunissait, dans un travail statistique sur cette question, tous les faits connus d'ovariotomie, et préparait ainsi les éléments d'une appréciation motivée. Nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs les résultats des laborieuses et intelligentes recherches auxquelles s'est livré M. Chereau, laissant à chacun le soin d'en déduire les conclusions qui s'y trouvent implicitement contenues.

Le nombre des cas d'ovariotomie pratiquée jusqu'à ce jour et dont les résultats ont été publiés, s'élève à 83. Deux méthodes différentes ont été employées dans l'extirpation des ovaires. Dans l'une, que l'on peut désigner sous le nom de *grand appareil*, l'incision faite aux parois abdominales est assez grande pour permettre l'extirpation de la tumeur tout entière, et alors on est souvent obligé de l'étendre depuis l'appendice xyphoïde jusqu'au pubis. Dans l'autre (*petit appareil*), on incise les parois abdominales dans l'étendue seulement de 8 à 12 centimètres; on ponctionne le sac, on le vide, autant que cela se peut, des matières liquides qu'il contient, puis, lorsque par là son volume a été amoindri, lorsqu'il s'est affaissé, on l'attire au dehors de la plaie, on le lie à son pédicule, et on l'extirpe. On comprend que les résultats aient dû varier suivant les méthodes employées, aussi était-il indispensable de faire connaître préalablement celles de ces méthodes qui ont été le plus généralement mises en usage. — Sur ces 83 cas, l'on compte 27 morts essentiellement attribuables à l'opération, tandis que, d'un autre côté, 42 femmes guérirent complétement ou au moins furent considérablement soulagées. La proportion des malades qui succombèrent à l'opération est donc à celle des femmes qui guérirent, comme 64 : 100. Sur 56 femmes chez lesquelles on put noter l'état de liberté ou d'adhérence de la tumeur dans une étendue plus ou moins grande de sa surface avec les parties circonvoisines, on trouve 36 cas dans lesquels ces adhérences existaient; 20 dans lesquels elles étaient nulles; et 16 où les adhérences, compliquées encore parfois d'autres phénomènes déplorables, ont été tellement intimes, que le chirurgien s'est vu forcé d'abandonner l'opération. En outre, en réunissant les cas terminés d'une manière fatale, et dans lesquels l'état de la tumeur est indiqué, on obtient les résultats suivants :

Cas terminés par la mort.. 19 } Sans adhérences. 6 ; Avec adhérences. 13

Après l'opération, la mort arriva dans les 36 premières heures chez 5 malades.

Dans les 4 premiers jours chez 4 malades.

Après les 4 premiers jours chez 5 malades.

Relativement au mode opératoire choisi, voici les résultats numériques que l'on obtient, en considérant aussi bien les cas dans lesquels la tumeur a été enlevée complétement, que ceux dans lesquels l'opération n'a pu être terminée :

Opération par le haut appareil : 66 cas, dont 45 rétablissements (68 sur 100).

Opération par le petit appareil : 16 cas, dont 10 rétablissements (62 sur 100).

Ainsi donc, en résumé, loin d'offrir tous les dangers que l'on avait paru craindre, l'ovariotomie aurait été, jusqu'à présent, moins souvent fatale, dans les derniers résultats, que la plupart des grandes opérations que les chirurgiens n'hésitent pourtant jamais à pratiquer. (*Union médicale*, août 1847.)

RATE (*De l'action immédiate du sulfate de quinine sur le gonflement de la*) *dans les fièvres intermittentes*. Le sulfate de quinine a-t-il une action immédiate sur le gonflement de la rate chez les sujets atteints de fièvres intermittentes? Quels sont les rapports du gonflement de cet organe avec les accès fébriles? Telles sont les questions que M. Valleix s'est proposé d'étudier et de chercher à résoudre, ou du moins à éclairer par l'observation clinique. On sait qu'on s'est efforcé, dans ces derniers temps, d'attribuer un rôle important à la rate dans la production des accès fébriles intermittents, et au sulfate de quinine une action puissante et immédiate sur cet organe. Suivant M. Piorry, la disparition des accès coïnciderait avec la diminution du volume de la rate; cet organe diminuerait sensiblement de volume, 30 ou 40 secondes après l'administration d'une dose élevée de sulfate de quinine en solution et acidulé. C'est principalement la vérification ou le contrôle de ces propositions qui a été l'objet des recherches de M. Valleix. Voici quel a été le résultat de ses observations à cet égard :

Le premier fait qui s'est présenté à son observation a été un cas de fièvre intermittente tierce, récente, d'une grande simplicité, survenue chez un homme jeune et robuste qui n'avait jamais éprouvé de maladie semblable. La rate était considérablement tuméfiée, l'augmentation du volume du côté de l'abdomen permettait de l'apprécier avec la plus grande exac

titude et la plus grande précision. Il était évident, vu l'origine toute récente de cette fièvre intermittente, que la rate ne pouvait encore avoir subi une altération dans sa structure et qu'on ne pouvait rapporter sa tuméfaction à autre chose qu'à une congestion considérable. Or, il résulte des circonstances très-détaillées de l'observation recueillie avec un très-grand soin par M. Valleix, que le sulfate de quinine, donné en une seule fois à une dose très-considérable (2 grammes) et acidulé de manière à être converti en bisulfate, n'a point agi comme on a prétendu qu'il doit le faire sur le volume de la rate, ni au bout de 40 secondes, ni au bout de 20 minutes, ni même au bout de 24 heures; que ce même médicament n'a pas eu plus d'action à doses encore élevées, mais fractionnées, pendant les jours qui ont suivi; qu'après une application de ventouses scarifiées et de sangsues sur la région splénique, le volume de la rate a, au contraire, diminué très-rapidement, quoiqu'on ait abaissé la dose du sel de quinine; enfin, que, malgré la persistance du gonflement très-considérable de la rate, la fièvre n'en a pas moins été coupée de manière à ce qu'il ne restât plus la moindre trace des accès. — Dans un second cas, très-semblable au précédent, les choses se passèrent presque absolument de la même manière: le gonflement de la rate persista, ce qui n'empêcha pas la fièvre de se dissiper complétement sous l'influence du sulfate de quinine. — Dans un troisième cas, les circonstances étaient fort différentes; la fièvre était ancienne, le malade en avait eu des atteintes fréquentes; sa rate était notablement gonflée; il se joignait à cet état des symptômes d'anémie. Néanmoins, il n'y eut pas de différence essentielle dans les effets du traitement. La rate resta immobile après les premiers jours de l'administration du sulfate de quinine, bien que les accès eussent complétement cessé; mais des émissions sanguines locales, pratiquées au bout de quelques jours, diminuèrent promptement le volume de la rate, quoique la dose du sulfate de quinine eût été abaissée. — La conséquence de ces faits se déduit naturellement d'elle-même, et pour qui sait avec quel scrupule et quelle exactitude M. Valleix procède à l'examen des faits et au relevé de ses observations, on ne sera nullement tenté d'en contester la réalité. Toutefois si, en raison de leur petit nombre, ces expériences ne paraissaient pas suffisantes pour résoudre négativement la première des deux questions posées en tête de cet article, nous engageons les médecins placés au centre des foyers d'infection paludéenne à les répéter. Quant à la seconde question, celle des rapports qui existent entre le gonflement de la rate et l'accès, il est évident qu'on ne saurait en attendre la solution d'un aussi petit nombre de faits; mais on peut en déduire toujours cette conclusion, qu'il n'est nullement nécessaire que la rate diminue de volume pour que les accès de fièvre cessent complétement. (*Union médicale*, août 1847.)

RESTAURATION *du nez et des paupières. Procédé nouveau.* On sait combien la plupart des procédés de restauration des diverses parties de la face, et en particulier du nez et des paupières, laissent encore à désirer, malgré les nombreuses et ingénieuses tentatives d'autoplastie qui ont été faites. Cette imperfection tient principalement à ce que, pour la restauration du nez et des paupières, quelque procédé que l'on ait employé d'ailleurs, on a toujours cherché à reconstituer l'organe détruit à l'aide de lambeaux empruntés à des parties dont la texture était différente. Ainsi pour le nez, par exemple, soit que l'on emprunte le lambeau au front ou à la joue, l'aile du nez de nouvelle formation se trouve composée seulement d'une couche de peau, d'où l'extrême facilité avec laquelle ce lambeau trop mince se gangrène, et, dans les cas plus heureux, une adaptation irrégulière, vicieuse des nouvelles parties, et une cicatrice très-apparente sur le lieu où a été emprunté le lambeau. Il en est de même pour les paupières. Frappé de ces graves et nombreux inconvénients, qui ont contribué à faire presque complétement abandonner la rhinoplastie, de nos jours, M. le professeur Bonnet, de Lyon, a cherché à perfectionner les procédés de restauration du nez et des paupières, de manière à ce que ces opérations restassent, à l'avenir, dans la pratique, et fussent substituées, dans un certain nombre de cas au moins, aux moyens proposés jusqu'à présent. Il a pensé

qu'on ne pouvait espérer de reussir, dans ces deux cas, que par l'emploi de quelques moyens aussi spéciaux dans leur conception, que l'anatomie du nez et des paupières est spéciale elle-même. Ainsi, ne parlant en ce moment que de ce qui a trait à la rhinoplastie, pour restaurer complètement les ailes du nez, il faut les remplacer par un lambeau formé, comme elles, de peau, de muqueuse et d'un tissu intermédiaire d'une certaine solidité. La lèvre supérieure, seule, remplit toutes ces conditions; on y trouve trois éléments analogues, sinon semblables, à ceux du nez; le lambeau, épais de 4 à 5 millimètres, nourri par de nombreux vaisseaux, tordu à peine d'un quart de cercle, doit nécessairement continuer à vivre et contracter une réunion immédiate. L'ouverture de la narine n'a aucune tendance à se déformer, entourée qu'elle est, de toutes parts, par des tissus muqueux. Enfin, la plaie faite à la lèvre pour en détacher le lambeau, se réunissant toujours par première intention, ne laisse qu'une cicatrice linéaire. Tels sont les avantages que la théorie faisait entrevoir, en se servant d'un lambeau emprunté à toute l'épaisseur de la lèvre supérieure, pour la restauration des ailes du nez; l'occasion s'étant présentée d'en faire la verification clinique, le succès a justifié ces prévisions. Voici en peu de mots la relation du procédé que M. Bonnet a mis en usage, et les résultats qu'il en a obtenus.

Un homme de cinquante-sept ans avait eu, à la face, une dartre rongeante, qui lui avait detruit complètement l'aile du nez du côté gauche. Cet ulcère, après sa cicatrisation, avait laissé une vaste excavation qui permettait de voir, dans une grande étendue, la cloison des fosses nasales, restée tout à fait intacte. Cet homme fut opéré, sur sa demande, de la manière suivante: après avoir avivé les bords de l'ulcère dans toute leur étendue, ce qui produisit une large plaie, limitée en devant par le bord antérieur de la cloison, en haut, par le bord inférieur des os du nez, et en arrière par l'apophyse montante de l'os maxillaire, l'opérateur coupa toute l'épaisseur de la lèvre supérieure, au moyen de deux incisions, dont l'une, partant de l'angle postérieur de l'ulcération de la narine, vint aboutir à 1 centim. en avant, sur le bord libre de la lèvre; l'autre, commençant à 20 millim. en arrière de la precédente, vint se terminer presque perpendiculairement, près de la commissure. Le lambeau ainsi formé, de manière à ce que le bord libre de la lèvre compris entre les deux incisions eût une etendue égale à celle du bord antérieur de l'ulcération du nez, fut détaché de la mâchoire supérieure dans une étendue d'un centimètre de hauteur, l'on réunit par trois épingles les deux bords de la lèvre, et, après avoir enlevé la muqueuse qui recouvrait le bord inférieur du lambeau, on lit subir à celui-ci une torsion d'un quart de cercle, qui mit son bord antérieur en rapport avec le bord postérieur de la plaie, et son bord inférieur avec le devant de la cloison. Cinq points de suture entrecoupée servirent à le fixer dans cette position. L'opération fut terminée par l'application de trois sutures, à points séparés, sur le bord du lambeau qui représentait le bord libre de l'aile du nez. On put, dès ce moment, juger du résultat immédiat de l'opération. La plaie de la lèvre etait linéaire; le lambeau comblait exactement la solution de continuité; la torsion du pédicule simulait, en quelque sorte, le contour postérieur de l'aile du nez. Les suites justifièrent pleinement cette première tentative. Du cinquième au septième jour, on enleva successivement tous les points de suture; la réunion s'était operee partout, à l'exception de deux petits points dont la suppuration fut complètement tarie au bout d'un mois. A cette époque, on ne pouvait soupçonner l'étendue de la perte de substance qui avait été réparée, ni le procédé suivi pour la combler. La cicatrice de la lèvre était à peine appréciable; l'air sortait à travers la narine; la peau et la muqueuse se joignaient sur le bord libre de l'aile du nez, et les seules dispositions un peu disgracieuses etaient un enfoncement assez profond au-dessus du lambeau et un elargissement de la base du nez.

Pour les pertes de substance des paupières, M. Bonnet propose une nouvelle méthode qu'il a également mise en pratique avec succès, et qui consiste à combiner le froncement du bord libre de la paupière avec l'avivement et la suture des angles formés par le bord palpébral plié en zigzag. Voici sur quels principes est fondée l'opération qu'il propose:

Si, après avoir saisi avec une pince le bord libre d'une paupière renversée, on coupe la cicatrice de la peau par une incision parallèle au bord de la paupière, la traction exercée sur ce bord permet de l'élever de près d'un centimètre (supposant que l'on opère sur la paupière inférieure); que l'on réunisse alors par des épingles, et dans une direction verticale, les deux côtés de cette plaie, le bord libre de la paupière présentera un prolongement de forme à peu près conique. Avivez ensuite l'un des côtés de ce prolongement angulaire, ainsi que le bord qui lui fait face; réunissez ces deux parties entre elles au moyen de la suture, et vous aurez tout à la fois l'augmentation de la hauteur de la paupière et le raccourcissement de son bord libre.

Les avantages que M. Bonnet se promet de cette méthode sont les suivants : en cas de succès, elle a pour effet d'augmenter la hauteur des paupières et d'en rétrécir le bord libre; en cas que la réunion immédiate n'ait pas lieu, elle ne fait courir aucune chance d'aggraver la difformité. (*Gazette médicale*, juillet et août 1847.)

ULCÉRATIONS (*Moyen de prévenir les*) *provenant du séjour prolongé au lit*. On a proposé beaucoup de moyens pour prévenir les fâcheux effets d'une attitude prolongée dans le décubitus et des pressions longtemps continuées sur les parties déclives du corps, dans les divers cas de blessures ou de maladies qui exigent un repos absolu. La multitude même de ces moyens prouve leur inefficacité, et le mécanisme compliqué de quelques-uns d'entre eux fait ressortir en même temps l'utilité du but qu'on se propose et les difficultés qu'il y a à l'atteindre. Cependant ces difficultés ne sont pas toujours réelles, les moyens les plus simples suffisent parfois pour les surmonter; mais ce sont toujours les derniers auxquels on pense. Le but en question a été atteint, en effet, de la manière la plus simple par M. Purefoy. Dans un cas de fracture de jambe, le blessé se plaignant de ne pouvoir supporter la pression des coussins sur le talon, M. Purefoy glissa sous cette partie une vessie de bœuf, imbibée d'abord d'eau tiède, puis huilée, et enfin partiellement insufflée d'air. L'effet de ce moyen dépassa ses espérances. Dès que le malade eut pris cette position, il éprouva un grand soulagement; les douleurs vives qu'il éprouvait auparavant cessèrent, et il suffit de changer la vessie une seule fois dans l'espace d'un mois pour perpétuer le même état de bien-être. — Un autre individu avait une gangrène étendue par suite d'extravasation urinaire. On lui mit également sous le siége une vessie à demi remplie d'air et enveloppée d'une serviette. Le malade n'eut aucune escarre au sacrum, quoiqu'il fût obligé de rester près de deux mois couché sur le dos. — Nous ne répondrions pas que ce moyen fût absolument nouveau, et que quelques praticiens n'aient eu déjà l'idée de recourir à quelque procédé analogue; mais il est assurément inconnu du plus grand nombre, et, par les services qu'il peut rendre, il mérite certainement qu'on lui donne de la publicité. (*Dublin medical presse* et *Gaz. méd.*, août 1847.)

VARIÉTÉS.

Au moment où nous mettons sous presse, l'Académie de médecine proclame l'élection de son secrétaire perpétuel. M. Dubois (d'Amiens) a été nommé, au scrutin de ballottage avec M. Royer-Collard, par 56 suffrages su 99 votants. Dans la force de l'âge et de l'activité, doué d'une intelligence élevée, d'un caractère ferme, cet honorable académicien est digne, à tous égards, du poste éminent auquel il vient d'être élevé.

Dans la séance précédente, l'Académie, appelée à présenter un candidat

pour la place de membre du Conseil supérieur de santé, laissée également vacante par la mort de M. Pariset, a désigné au scrutin M. Londe pour remplir ces fonctions.

La Faculté de médecine de Paris, à la suite d'une discussion très-animée, s'est prononcée, à la majorité de 12 sur 18 membres présents, contre le maintien des deux ordres de praticiens. Ont voté contre les deux ordres : MM. Andral, Bérard, Blandin, Bouilland, Denonvillers, Fouquier, Gavaret, Marjolin, Orfila, Piorry, Richard, Rostan. — Se sont montrés favorables au maintien : MM. Adelon, Duméril, Gerdy, Moreau. Roux, Velpeau.

On nous apprend que les Facultés de médecine de Strasbourg, en réponse à la demande du ministre de l'instruction publique, se sont prononcées pour le maintien du concours dans la nomination aux places de professeur.

Le buste de Pariset va être exécuté en marbre blanc et placé dans le local des séances de l'Académie de médecine.

Informé de la triste situation dans laquelle l'illustre secrétaire perpétuel a laissé sa famille, M. le ministre de l'instruction publique s'est empressé d'accorder à sa veuve le maximum de reversibilité, c'est-à-dire les trois quarts de la pension de 1,200 fr. que M. Pariset recevait sur les fonds d'encouragement aux lettres.

L'Académie royale de médecine de Belgique vient de procéder à la nomination de son bureau pour la période triennale 1847-1850. M. Vleminckx a été réélu président. Ont été élus vice-présidents : MM. Fallot, médecin principal de la garnison de Namur, et Verheyen, inspecteur du service de santé vétérinaire. Le docteur Marinus remplace M. Lebeau, médecin de la garnison de Bruxelles, en qualité de secrétaire adjoint.

M. le docteur Fallot, membre de l'Académie de médecine de Belgique, médecin principal de l'armée, vient d'être promu au grade d'officier de l'ordre de Léopold; M. le docteur Cunier, membre de la même Académie et chirurgien de l'Institut ophthalmique de Bruxelles, a été nommé chevalier; tous deux pour services éminents rendus à la science et à l'armée, surtout dans le traitement des affections ophthalmiques.

Le roi des Belges, voulant donner à M. Orfila un témoignage public de sa satisfaction pour les nombreux et éminents services qu'il a rendus à la science médicale, l'a nommé officier de l'ordre civil de Léopold.

M. Hecker, doyen de la Faculté de médecine de Berlin, a été nommé chevalier du même ordre.

Le Congrès des naturalistes scandinaves a tenu sa dernière séance le 19 juillet, laquelle a été honorée de la présence du roi. Dans cette séance, il a été décidé que le Congrès se réunirait de nouveau, dans le mois de juillet 1850, à Stockholm. Le roi a nommé M. le baron de Berzélius grand-croix de l'ordre du Danebrog, dignité à laquelle est attaché le titre d'excellence.

Il a conféré la décoration de commandeur du même ordre à M. Hausteen, de Christiania (Norwège), et à M. Nlelson, de Lund (Suède). MM. Ekstroem, Efner et Reitsius, Suédois, et MM. Coriander et Faye, Norwégiens, ont obtenu la croix de chevalier du Danebrog.

Le Conseil de salubrité vient de procéder à l'élection d'un membre, en remplacement de M. Pariset. M. Lélut a obtenu 13 voix, M. Prus, 12.— En conséquence, M. Lélut a été nommé à la place vacante.

M. le docteur Ernest Cloquet, médecin du schah de Perse, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

La grande administration des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui dispose d'un budget qui se solde annuellement par 14 ou 15 millions de recettes, s'occupe en ce moment d'organiser une petite colonie agricole pour les enfants abandonnés.

Le docteur Quaranta, de Naples, membre correspondant de l'Institut de France, a été chargé par son gouvernement de publier, aux frais de l'Etat, la description des instruments de chirurgie qui ont été découverts à Herculanum et à Pompéï. Le nombre des instruments découverts en 1846 s'élevait à 284. L'ouvrage de M. Quaranta portera le nom d'*Armamentarium chirurgicum Pompéianum*. Il renfermera une histoire pratique de l'art de la chirurgie chez les anciens.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 5 août courant, un concours sera ouvert, le 15 novembre 1847, devant la Faculté de médecine de Paris, pour une chaire vacante dans cette Faculté.

Les docteurs en médecine et en chirurgie, qui voudraient prendre part à ce concours, devront déposer, avant le 15 octobre prochain, au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par les règlements.

A la suite d'un concours pour deux places de chirurgiens au bureau central des hôpitaux de Paris, MM. Morel-Lavallée et Jarjavay ont été nommés.

Le Congrès scientifique de France ouvrira à Tours sa quinzième session, le 1er septembre prochain. Un grand nombre d'adhésions, parmi lesquelles on remarque les noms des notabilités de la science, l'heureuse situation de la ville de Tours, les dispositions qui ont été prises, tout fait présager que cette réunion aura un caractère plein d'intérêt.

M. Van Canegham a légué cent mille francs aux hospices de Gand, pour l'érection en cette ville d'un hôpital pour les aveugles.

Le concours pour l'agrégation (section de chirurgie) s'est terminé par les nominations suivantes : 1° M. Richet ; 2° M. Jarjavay ; 3° M. Sapey ; 4° M. Depaul (section d'accouchement).

M. le docteur Maurin, chirurgien des paquebots de la Méditerranée, vient d'être nommé par S. S. Pie IX, chevalier de l'ordre de Saint-Sylvestre.

On vient d'établir à Constantinople, sur le Bosphore et dans le port, des établissements de sauvetage à l'instar de ceux de Londres et de Paris.

Le *Moniteur* vient de publier la loi qui ouvre un crédit extraordinaire de 40,600 fr. pour l'achèvement de l'hospice des cliniques; de 22,210 fr. pour l'acquisition de la maison destinée à l'École spéciale de pharmacie, et de 138,064 fr. pour la construction d'un laboratoire anatomique et autres travaux à la Faculté de médecine de Montpellier.

La chirurgie a perdu, depuis peu, une de ses plus grandes célébrités. Mathias Mayor a succombé dans sa soixante-treizième année. Il est mort comme il a vécu, sur la brèche, mettant la dernière main à deux Mémoires que son fils, conformément à ses volontés dernières, doit publier. Mayor fut à la fois, comme écrivain et comme praticien, l'une des individualités les plus tranchées et les plus originales de notre époque. Réformateur hardi, inventeur fécond, ingénieux, écrivain piquant, mais abrupte, critique acerbe, agressif, mais sans fiel et plein de conviction, doué d'une activité et d'un zèle à toute épreuve pour l'art qu'il cultivait avec un véritable amour, d'une volonté inébranlable, poussée jusqu'à la ténacité, dans tout ce qui touchait au but constant de ses efforts, Mayor avait quelques-unes des qualités qui constituent les grands hommes et qui font accomplir les grandes choses; mais il lui a manqué la condition la plus essentielle, l'autorité qui s'attache au véritable génie et qui entraîne tôt ou tard les suffrages. Si Mayor n'a pu avoir, de son vivant, la satisfaction de voir adopter ses principes et ses procédés, s'il n'a point fait école, s'il n'a entraîné dans ses convictions qu'un petit nombre d'adeptes, c'est qu'il n'a eu ni dans sa parole, ni dans sa plume, cette autorité qui commande l'attention et appelle l'examen. C'est moins à l'excentricité de la plupart de ses inventions, qu'à l'excentricité même de sa méthode d'exposition, qu'il faut attribuer le peu de faveur dont elles ont joui dans le monde chirurgical. Toutefois l'histoire ne sera pas injuste envers la mémoire de Mayor, elle fera un juste départ, parmi ses nombreuses inventions, de celles que leur excentricité seule distingue, et de celles dont l'expérience a déjà démontré l'incontestable utilité et qui se recommandent, en général, par un cachet d'admirable simplicité; elle reconnaîtra surtout dans Mayor l'homme bienfaisant, le praticien dévoué, dont l'existence tout entière a été consacrée, avec une louable abnégation, au culte de la chirurgie, sinon à ses progrès et à son perfectionnement; et son nom prendra place dans les fastes de la Suisse à côté de ceux de Franco, de Fabrice de Hilden et de Tissot, ses illustres compatriotes. L'un de ses élèves et de ses amis les plus dévoués, M. le docteur Munaret, a déjà devancé ce jugement dans une Notice, où il a rappelé avec autant d'esprit que de sensibilité les principales circonstances de la vie de Mayor et les titres qui le recommandent à la postérité.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

QUELQUES MOTS SUR UNE FORME ÉPIDÉMIQUE D'HERPÈS ZOSTER (ZONA) ACCOMPAGNÉE DE VIVES DOULEURS NÉVRALGIQUES,

Par M. ALPH. CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Tous les observateurs ont pu remarquer qu'à certaines époques certaines maladies se montraient avec une fréquence inaccoutumée, qu'alors aussi elles présentaient le plus souvent, comme phénomène remarquable, la prédominance de tel ou tel de leurs symptômes. En présence de ces faits bien constatés, il est impossible de ne pas considérer l'apparition insolite de ces maladies comme l'expression d'un caractère épidémique qu'elles empruntent alors à des circonstances qu'il est plus ou moins facile d'apprécier. Il faut reconnaître, tout d'abord, qu'il y a loin des affections dont je parle, et qui, le plus ordinairement, sont sans gravité, à ces maladies épidémiques, véritables fléaux, enfantées par un *génie* mystérieux et inconnu, qui leur donne non-seulement leurs caractères distinctifs et communs, mais aussi, presque toujours, une gravité extraordinaire; qu'elles diffèrent aussi en ce sens que, pour les premières, on peut, le plus souvent, trouver dans l'état de la température, ou dans des conditions hygiéniques appréciables, la cause probable de leur apparition. Pourtant, il y a, même là, quelque chose qui nous échappe, ne fût-ce que ce caractère particulier de la prédominance de tel ou tel symptôme, caractère qui se dessine en relief plus que dans les cas ordinaires, et acquiert d'autant plus d'importance qu'il existe au même point chez la plupart des individus affectés.

Ce que je dis ici est surtout applicable à la pathologie cutanée. Ainsi, il n'est pas rare de rester plusieurs mois, une année même, sans rencontrer telle forme, que, dans un temps donné, on observera tous les jours, à chaque instant, et de tous les côtés. J'ai pu, tout récemment, en voir un exemple assez remarquable, qui d'ailleurs me rappelait d'autres faits analogues que j'avais déjà observés. Ainsi, dans les mois de juillet et d'août, alors que depuis bien des mois nous avions à peine pu citer un cas de zona, il m'est arrivé d'en recueillir coup sur coup, à l'hôpital, en ville, un nombre trop grand pour qu'il fût mis sur le compte du hasard. Mais si j'ai dû être frappé de cette sorte d'explosion d'une forme auparavant peu commune, de cette nombreuse réunion de faits, en un espace de temps assez court, je l'ai été plus encore de la prédominance d'un phénomène toujours remarquable, il est vrai,

dans le zona, mais qui acquérait alors une importance vraiment inusitée; je veux parler de la douleur. Elle avait ici un double caractère particulier : d'abord son exagération, elle était extrême; ensuite l'époque de son apparition, elle précédait de quelques jours l'éruption, pour se dissiper et finir avec elle. Ce caractère, remarquable déjà par son intensité, le devenait plus encore par sa constance, j'allais dire par sa généralité.

J'ai recherché si la prédominance du phénomène de la douleur ne pouvait pas réagir sur les autres symptômes, en les adoucissant : je n'ai rien remarqué qui pût justifier une semblable hypothèse. Tout ce qu'il est permis de croire, c'est que l'éruption affectait alors une marche plus aiguë que dans les cas ordinaires; mais les caractères généraux du zona n'étaient pas changés : c'était toujours une affection appartenant au genre herpès, caractérisée par l'apparition de plaques irrégulières quant à leur forme et à leur étendue, mais offrant une sorte de régularité absolue dans leur disposition générale. On sait, en effet, que ces plaques, d'un rouge vif, recouvertes de vésicules agglomérées, et séparées entre elles par des espaces où la peau reste saine, sont placées toujours de manière à former une demi-ceinture, et ne paraissant jamais que d'un côté, ne dépassent pas la moitié du corps.

Les circonstances exceptionnelles au milieu desquelles apparaît le zona semblent en faire une maladie épidémique; ces circonstances n'influent pas, je le répète, sur la marche et le développement de la maladie : seulement, au lieu de s'annoncer par des plaques enflammées, l'affection débutait alors par des douleurs vives, lancinantes, persistant au point où l'éruption devait se faire, et cela, pendant quatre, cinq et même six jours, sans aucun autre phénomène appréciable. Dans les cas ordinaires de zona, on a quelquefois signalé cette douleur prodromique; mais, outre que ces faits sont rares, la douleur ne précède que de peu de temps, de quelques heures quelquefois, l'apparition des points enflammés. Le plus souvent, le zona ordinaire débute sans douleur, et quand ce symptôme apparaît, ce n'est que plus tard et surtout après que l'éruption a disparu; mais quelquefois il lui survit pendant des mois entiers, des années même, comme j'ai pu en observer quelques exemples. Aujourd'hui, presque tous les praticiens reconnaissent l'existence réelle, sinon absolue, de cette douleur locale, véritable névralgie, qui accompagne le zona, et subsiste si souvent et si longtemps après lui. Cependant un pathologiste célèbre a, sans nier l'existence de ce symptôme, prétendu qu'il avait été singulièrement exagéré. Ce reproche est juste, sans doute, s'il s'adresse à certaines descriptions que l'on trouve dans les auteurs; mais il n'a plus de valeur, s'il est absolu. Pour nous,

il nous est arrivé de voir le zona se développer, suivre toutes ses phases sans être accompagné d'un phénomène qui joue cependant un si grand rôle dans la symptomatologie; nous l'avouons, mais l'expérience nous a démontré que ces cas ne constituaient que des exceptions très-restreintes, incapables d'infirmer une règle contre laquelle lutte en vain l'autorité d'un professeur distingué. Dans la plupart des cas, le zona est accompagné et surtout suivi de véritables douleurs névralgiques, assez vives le plus souvent pour agiter le malade et le jeter dans l'insomnie; mais les faits sous l'influence desquels j'écris prouvent plus encore; ils démontrent que, comme prodrome, la douleur peut être assez intense pour revêtir les caractères de névralgie les plus pénibles. Sur dix malades que j'ai vus en peu de jours, il n'y a pas eu à ce fait une seule exception, et chez tous les douleurs étaient des plus intenses.

Parmi ces malades, je citerai une jeune femme de vingt-huit ans, nerveuse, impressionnable, d'une bonne santé d'ailleurs, mais qui avait été, quelque temps avant, profondément remuée par de graves préoccupations. Cette femme fut prise tout à coup, et sans symptômes précédents, d'une douleur vive à l'hypocondre droit : ce point, examiné avec soin, ne présentait ni rougeur, ni dureté, ni tension; les souffrances étaient extrêmes et semblaient révéler une affection névralgique intense. On s'en tint à cette opinion, jusqu'à ce que l'apparition d'une plaque rouge d'abord, puis de vésicules, vint révéler la vraie nature du mal. La douleur diminuait à mesure que la plaque se développait; mais, comme le développement général de la maladie ne se fait que successivement et par points isolés dans le zona, on put alors observer le singulier phénomène d'autant de recrudescences de la douleur qu'il apparut de plaques pour compléter la demi-ceinture; à mesure que chacune d'elles devenait parfaite, si je puis dire ainsi, la névralgie s'éteignait, pour reparaître de nouveau quand une nouvelle plaque se formait. Les souffrances étaient si exagérées chez cette malade, qu'elle en perdit le sommeil, et qu'un instant même il se manifesta des troubles assez intenses du côté des fonctions digestives. Enfin, quand l'éruption fut complète, la douleur cessa pour ne plus revenir; la maladie suivit alors son cours ordinaire, et tout fut terminé en quinze jours.

Un autre malade, homme dans la force de l'âge et qui me fut adressé par un savant confrère, avait été pris, à la hanche droite, d'une douleur si poignante, qu'elle fit croire à l'existence d'une névralgie sciatique, jusqu'au moment où l'apparition d'une plaque d'herpès vint rectifier cette erreur de diagnostic. Chez ce malade aussi la douleur persista jusqu'à ce que l'éruption fût complète. Enfin, cette exagération

tout à fait insolite de la douleur, sa persistance et sa disparition coïncidant avec les phases de progrès et de déclin de la maladie, tout cela se retrouvait à des degrés divers chez tous les malades que j'ai observés.

Quant à l'éruption elle-même, elle se comportait comme dans le zona ordinaire. Ainsi, au point où siégeaient ces douleurs que je viens de signaler, apparaissent des taches d'un rouge vif, dont le développement a lieu successivement et dans la ligne que doit dessiner la demi-ceinture; souvent ce sont des plaques extrêmes qui se montrent les premières, et qui sont, on ne sait pourquoi, les plus étendues. La maladie se continue, à partir de ces deux points, par des plaques intermédiaires qui se rejoignent et complètent ainsi la zone. Sur ces plaques on voit bientôt poindre de petits soulèvements de l'épiderme, distendus évidemment par un liquide séreux et limpide : ce sont les vésicules; celles-ci grossissent très-rapidement, et en trois ou quatre jours elles ont atteint leur maximum de développement; les plus grosses atteignent le volume d'un pois; la plus grande partie, par leur transparence, leur couleur et leur éclat, ressemblent à de petites perles. Elles reposent alors sur une surface enflammée, qui dépasse de 1 à 2 centimètres le groupe vésiculeux.

La période de décroissement dure de quatre à cinq jours : le liquide contenu dans les vésicules se trouble, s'épaissit; il devient quelquefois comme noirâtre et sanguinolent : enfin, ces vésicules se plissent, se sèchent et disparaissent, laissant à leur place des espèces de petites croûtes minces, brunâtres, qui tombent au bout des deux ou trois jours qui constituent la période de dessiccation. Tout est ainsi terminé en deux septénaires, temps à peu près exact de la durée du zona. Il peut arriver cependant que, soit par l'action des ongles, soit par le frottement des vêtements, les vésicules soient déchirées, et il en résulte de petites ulcérations, qui sont très-douloureuses, et qui peuvent, en outre, faire durer la maladie plus longtemps.

Le zona peut aussi, alors qu'il est comme épidémique, se terminer par résolution. Quant à la terminaison en gangrène, jamais je n'en ai vu d'exemple.

Sur les dix cas que j'ai observés ainsi coup sur coup, sept siégeaient au tronc, un siégeait au cou et jusque dans le cuir chevelu, un autre à la hanche; le dernier, enfin, partant du milieu de la région lombaire, contournait la fesse droite, venait finir à la marge de l'anus, qu'il entourait exactement, en la semant de points vésiculeux, comme on en observe dans l'*herpes labialis*. On sait que la question de savoir si le zona est plus fréquent à droite qu'à gauche, ou réciproquement, est encore irrésolue. Je crois que, sur ce point, le hasard seul a décidé de

la valeur des statistiques, et je n'ai pas cru devoir présenter de nouveaux chiffres qui ne devraient pas avoir plus de signification que tous ceux qu'on a déjà présentés.

Développé dans les circonstances que je signale ici, le zona est évidemment influencé par l'état atmosphérique : dans l'espèce, cette influence résidait probablement dans la chaleur qui était alors intense. Mais cette cause ne peut avoir qu'une valeur occasionnelle ; il faut, pour qu'elle produise son effet, qu'elle mette en jeu une susceptibilité individuelle, particulière, une véritable prédisposition au zona. Ainsi, les personnes qui en sont atteintes sont surtout celles qui ont un tempérament nerveux, irritable, qu'impressionnent les moindres émotions morales; je n'en veux pour exemple que le fait de la malade dont je parlais tout à l'heure.

Le diagnostic du zona ne présente, en général, aucune difficulté réelle. A son état complet, il ne peut, comme éruption, être confondu avec aucune autre maladie; sa disposition en demi-ceinture exclut toute possibilité d'erreur. Mais, dans l'espèce, la prédominance de la douleur, son énergie et son développement avant l'éruption, tout pouvait concourir à faire méconnaître la maladie ; mais l'erreur même ne pouvait avoir ni importance ni durée. On ne pouvait, en effet, que croire à une névralgie, et, en vérité, avec l'opinion que l'on a de la nature des douleurs du zona, cette méprise n'en était pas une. D'ailleurs, enfin, 'éruption, en se manifestant avec tous ses caractères, devait permettre bientôt de revenir à un diagnostic précis et vrai.

Le zona, qui n'est jamais une affection grave, excepté dans les cas rares où il est compliqué de gangrène, le zona, dis-je, ne m'a pas paru emprunter de caractères tant soit peu sérieux aux circonstances dans lesquelles il se montrait à nous. La douleur qui le précédait pouvait seule constituer et constituait alors un caractère plus fâcheux qui, même alors, n'était qu'une exception.

Le caractère épidémique que peut revêtir le zona, et les modifications qu'il fait intervenir dans la marche de cette maladie, ne sont pas sans importance, sous le rapport du traitement; et c'est surtout parce que je l'envisageais de ce point de vue, que j'ai eu la pensée de présenter ces considérations sur une maladie aujourd'hui bien connue. Devant les phénomènes qui se présentaient, j'ai dû modifier le mode de traitement que l'expérience m'a appris à employer contre le zona ordinaire. Ainsi, tant que la douleur existait seule, j'ai conseillé les bains, les lotions laudanisées, et même l'application de cataplasmes émollients, sur les points affectés; mais j'avais soin, et je crois que cette précaution est nécessaire en pareil cas, de faire cesser tout traitement émollient aussitôt que

l'éruption était faite. En effet, je retombais sous cette loi absolue, sanctionnée par l'expérience, et qui veut que l'on évite tout ce qui peut faciliter le déchirement des vésicules, et préparer ainsi aux malades des souffrances intolérables ; or, les applications topiques émollientes ont pour effet de macérer les vésicules, que le moindre contact peut aller ouvrir et déchirer ; je rejette les cataplasmes, les lotions, les bains, etc. ; je fais oindre les plaques avec un peu d'huile, et saupoudrer ensuite avec de l'amidon sec ; il en résulte une sorte d'enduit, qui protége la vésicule, et lui permet de parcourir toutes les phases, sans qu'il puisse survenir mécaniquement aucune espèce d'ulcération.

Quand la maladie marche à son déclin, que l'éruption est finie, je fais revenir aux bains, qui sont alors d'un heureux effet.

Si, malgré toutes les précautions, les vésicules ont été déchirées, alors il faut panser les ulcérations avec un peu de cérat opiacé ; si celles-ci existent chez des individus affaiblis par l'âge, ou dont la constitution est profondément détériorée, si elles persistent, on pratiquera avec avantage des cautérisations légères à l'aide du nitrate d'argent.

Quant à la douleur qui pourrait succéder à l'éruption, on la combattrait par des moyens antinévralgiques, et au besoin, plus tard, par l'application d'un vésicatoire local.

Le traitement général consiste dans le repos, quelques boissons délayantes, un peu de limonade ; on a rarement besoin de recourir aux vomitifs ou aux émissions sanguines. A. Cazenave.

DES AVANTAGES THÉRAPEUTIQUES DE L'INOCULATION DE LA MORPHINE ET DE CELLE DE QUELQUES AUTRES MÉDICAMENTS ÉNERGIQUES (1).

(Deuxième article.)

Sur une longue aiguille on ménagerait d'un bout à l'autre un sillon profond qu'on remplirait d'hydrochlorate de morphine réduit en pâte ; ainsi armée, cette tige serait dirigée, selon l'art, à travers les tissus. S'il est reconnu que la seule application des aiguilles développe de l'électricité, et que c'est à cela qu'on doit les effets parfois merveilleux de l'acupuncture (Dict. des dict., t. I, p. 89), la puissance des effets serait encore agrandie par la présence de la morphine dans la petite plaie. Les petits sétons de M. Desportes, je veux dire un fil double passé à l'aide d'une aiguille à travers un pli de la peau, ne sont, à vrai dire,

(1) Voyez livr. de juillet, t. XXXIII, p. 19.

qu'un des modes de l'acupuncture (*Bull. Thér.*, t. XXIV, p. 332). On ne manquerait pas d'accroître l'énergie de ces appareils si, au préalable, le fil qui sert à les établir était saturé d'une solution concentrée de sel de morphine; réitérée une ou plusieurs fois le jour, cette précaution serait plus efficace encore.

J'ai parlé d'un moule qui semble contenir et circonscrire la douleur quand elle sévit dans toute sa puissance. Le calme une fois rétabli, cette sensation n'existe plus qu'obscurément : il faut peser très-fort sur le lieu où elle siégeait, ou tousser, se moucher, éternuer, pour que ce phénomène s'apprécie encore. Dans ces divers actes, il n'est pas rare de percevoir une vibration pénible qui va retentir à chaque secousse jusqu'aux parois de cette barrière. A la suite des névralgies de la face, des migraines, des sciatiques, etc., j'ai fréquemment observé ces effets, qui finissaient par s'effacer au bout de quelques jours.

On ne me fera pas une objection, je l'espère, de la nécessité qu'il y a de répéter l'inoculation deux et même trois fois dans les vingt-quatre heures; elle ne serait pas sérieuse. La douleur est insignifiante; les vésicatoires eux-mêmes doivent souvent être renouvelés; leur force absorbante ne s'épuise-t-elle pas vite? On n'hésite pas à les remplacer, pourquoi hésiterait-on donc à réitérer l'inoculation?

Obs. II. La femme Mollion, résidant à Sarpe (Saint-Christophe), âgée de trente ans, habituellement bien portante, fut subitement prise, le 12 avril 1840, d'une violente douleur au-dessus du sourcil droit. Les deux jours suivants se passèrent dans les plus cruelles angoisses. Mandé le 15, je reconnus une névralgie sus-orbitaire; au-dessous, l'œil était rouge et larmoyant. Je procédai sur-le-champ aux inoculations de sel de morphine de la manière qui suit : sur le point douloureux, dans un espace de quatre centimètres carrés, je pratiquai, avec la pointe d'une lancette, vingt-cinq incisions sous-épidermiques, distantes les unes des autres d'environ trois millimètres. Disposées sur cinq lignes parallèles, ces petites plaies figuraient les cases d'un damier. Cinq centigrammes de sel furent ainsi inoculés; une égale quantité fut, sous forme de pâte, employée ensuite en friction sur la surface des papules gaufrées; je les recouvris aussitôt après d'un verre de montre rempli d'eau tiède, de manière à emboîter exactement tout le champ de l'opération. Je maintins le petit appareil avec une compresse et une bande serrée autour de la tête. La douleur avait cédé avant la fin du pansement. Dans le cours du jour, somnolence, pesanteur de tête, troubles de la vision, vomissements, démangeaisons à la peau; l'absorption médicamenteuse était, on le voit, fort active. Le lendemain, une recrudescence de la névralgie nécessita une inoculation pareille à celle de la veille. Il en fut de même

durant trois jours, après lesquels il ne fut plus question de cette maladie.

Cette observation nous révèle un moyen aussi simple qu'efficace pour seconder l'effet des inoculations, c'est le verre de montre rempli d'eau simple, ou chargé d'une solution d'un sel de morphine que nous appliquons sur les petites plaies confluentes. En s'y prenant de la sorte, l'absorption, incessamment alimentée, amène rapidement sur les surfaces nerveuses la substance hypnotique. Au bout de deux ou trois heures, le dessous de l'appareil complétement desséché peut recevoir une nouvelle provision du liquide, et mettre ainsi à même de prolonger à volonté les effets sédatifs. Vingt-quatre heures après l'inoculation, on peut, sans recourir à de nouvelles incisions, confier aux premières une nouvelle dose du médicament. On double les chances du résultat en apposant, au préalable, une ventouse sèche sur les piqûres qui, avivées par la congestion, donnent un accès plus facile à la solution du sel narcotique. Il importe de maintenir le verre de montre suffisamment appliqué contre la peau; faute de cette précaution, le liquide s'échapperait et le but serait manqué. Sur le front, sur les tempes, derrière les oreilles, sur les lombes, autour des articulations, partout enfin où des os peu profonds offrent aux rebords du verre un point d'appui résistant, ce procédé trouve sa véritable opportunité, et justifie les espérances qu'on en avait conçues. Si l'on désirait des résultats plus puissants, il suffirait d'établir deux et même trois ou quatre de ces appareils sur divers points à la fois. Chez certaines personnes, une mouche de vésicatoire placée sur le front ou les tempes, dans l'intention de mettre uniquement le derme à découvert, laisse après la guérison, non pas une cicatrice, mais une coloration brune du pigmentum, macule très-disgracieuse, et qui met plusieurs mois à s'effacer. La voix de la reconnaissance parle alors chez le malade moins haut que celle de la coquetterie, et cet accident devient le sujet de graves reproches que notre méthode bien comprise évitera certainement.

Obs. III. La femme d'Arnaudet, métayer au Marrain (Saint-Christophe), âgée de quarante-huit ans, après une journée passée à laver sous une pluie battante, fut prise, dans la nuit du 21 juin 1840, d'une cruelle douleur dans l'avant-bras droit. Pongitive et brûlante, elle suivait la direction d'une corde qui s'étendait de derrière l'olécrâne aux doigts auriculaire et annulaire de la main correspondante. Il y avait trois jours que le mal sévissait quand je fus appelé. Je diagnostiquai sans peine une névralgie cubito-digitale. La marche de cette affection n'était point continue; la douleur s'éveillait par violents paroxysmes qui, après trois ou quatre heures, cédaient peu à peu pour faire place à un engourdissement pénible, simulant une paralysie. Sans hésiter, j'eus recours

aux inoculations de morphine pendant une des exacerbations de la névralgie. Je m'appliquai à établir les piqûres sur le trajet exact du cordon affecté, et cela depuis l'olécrâne jusqu'à l'extrémité des doigts. Chaque incision était séparée de sa voisine par un intervalle de deux ou trois millimètres. Huit centigrammes d'hydrochlorate de morphine furent ainsi inoculés; je résolus de terminer par des frictions sur toute la ligne incisée, et, à cet effet, je me servis d'un mélange par parties égales d'eau et de laudanum. Une compresse et une bande roulée furent disposées sur l'avant-bras en commençant par la main. L'issue fut celle que j'attendais : le calme survint bientôt avec le narcotisme. Deux séances pareilles entreprises le lendemain suffirent pour faire décidément justice et de la névralgie et de la paralysie qui succédait aux accès.

Maintenant que j'ai précisé les trois variétés de formes auxquelles j'ai habituellement recours pour procéder avec avantage à la méthode des inoculations, il me reste, comme complément de la tâche que je me suis imposée, à parler d'un procédé mixte qui, de toutes les médications, est celle qui m'a valu le plus de succès dans le traitement d'une névralgie profonde fort rebelle, je veux dire dans celui de la sciatique.

Sans néanmoins manquer de tenir compte et de sa nature et de sa durée, sources si fécondes en indications spéciales, la sciatique offre pour moi, dans sa symptomatologie, trois phénomènes principaux contre lesquels je dirige des moyens thérapeutiques différents; c'est : 1° la douleur; 2° le poids du membre; 3° son engourdissement. Réunies, ces trois expressions de la sensibilité altérée constituent les terribles accès que nous connaissons. La douleur détruite, le poids et l'engourdissement du membre sont très-pénibles encore. L'engourdissement est à lui seul supportable. Rien n'est plus fréquent que d'observer ces symptômes combinés ensemble, isolés, ou associés l'un à l'autre. Eh bien! voici ce que l'expérience m'a conduit à reconnaître : les ventouses scarifiées sont spécialement utiles contre la sensation de pesanteur; les grands vésicatoires, contre l'engourdissement, et la morphine, administrée par la voie endermique, contre la douleur. L'application des ventouses m'étant très-familière, j'ai dû chercher à m'expliquer leur mode d'action dans la maladie qui nous préoccupe. L'occasion m'a été donnée de pouvoir réitérer ces épreuves sur une grande échelle, et je suis constamment arrivé à ce résultat : l'acuité de la douleur est amendée pendant le cours de l'opération; une fois le malade levé, il ne sent ni cette douleur, ni la pesanteur du membre; mais ce dernier effet possède lui seul le privilége de durer; la douleur renaît, au contraire, bien vite après aussi âpre, aussi angoissante que jamais. Il n'y avait qu'un pas à faire dans le chemin de l'induction pour découvrir le frein

capable de réprimer les élans de cette douleur : c'était d'inoculer des sels de morphine dans les plaies mêmes des ventouses scarifiées. Cet essai, je l'entrepris, et mes espérances furent confirmées. Nous possédons dans les ventouses scarifiées une ressource précieuse pour combattre deux des symptômes les plus importuns de la sciatique : la soustraction du sang sur le trajet du nerf sciatique suffit à elle seule pour détruire ce sentiment de pesanteur, comparé par les malades au poids d'un boulet ou d'un sac qu'ils traîneraient en marchant, et la morphine insérée dans les plaies du scarificateur va directement assoupir la sensibilité exaltée. C'est en décongestionnant les parties affectées que le premier effet a été obtenu ; c'est en stupéfiant les filets du cordon nerveux qu'on est arrivé au second.

Les ventouses scarifiées, plus usitées qu'il y a quelques années, sont encore beaucoup trop négligées de nos jours ; l'accord qui a régné sur leur efficacité à des époques séparées par tant de siècles et chez des peuples si divers, devrait stimuler notre confiance et nous déterminer à en user plus fréquemment. Tout en remplaçant les sangsues, elles impriment à la circulation capillaire une direction excentrique et deviennent ainsi de puissants dérivatifs. Elles ont un mode d'action qui leur est propre ; elles constituent, à proprement parler, une médication. On attacherait probablement une plus grande importance aux ventouses, si on savait mieux les appliquer. Très-douloureuses avec les anciens procédés, les malades les redoutent, le médecin les abandonne. Il y a longtemps que nous avons imaginé de mettre les ventouses au nombre des agents les plus usuels de la thérapeutique, en signalant aux praticiens le procédé de la *succion* et le scarificateur simplifié. Nos ventouses sont tout simplement de petits entonnoirs de verre, et le vide, nous l'obtenons avec la bouche, de là le nom de *ventouses à succion* ; on en trouvera la description complète dans les tom. X, p. 195, et XII, p. 130 du *Bulletin*. Notre scarificateur construit par M. Samson, décrit dans la Gazette des Hôpitaux du 12 janvier 1837, consiste en une boîte de cuivre renfermant six lames de bistouri exactement pareilles. La disposition en est si simple, que ces lames s'enlèvent très-facilement une à une, soit pour les essuyer, soit pour les repasser. M. Tilhaye a fait, sur cet instrument, un rapport très-favorable devant l'Académie de médecine, dans une des séances du mois de septembre 1837. Avec les ventouses à succion et notre scarificateur simplifié, nous obtenons, dans quelques minutes, une grande quantité de sang, une livre, par exemple, sans que le malade en ait presque la conscience. Nos scarifications s'exécutent avec une prestesse qu'aucun autre scarificateur ne permettrait d'égaler ; quand la plainte va se

produire, la douleur s'est évanouie ; la saignée du bras n'est pas plus innocente.

Ces éclaircissements donnés, nous supposons une sciatique dans toute l'intensité d'un violent paroxysme ; voici le traitement que nous lui opposons : nous rubéfions, à l'aide de cataplasmes chauds sinapisés, le membre malade dans la direction du nerf affecté. Au bout d'un quart d'heure, le sang dérivé des parties profondes a inondé les capillaires extérieurs. Nous posons alors des ventouses sèches à succion aussi larges que possible sur la fesse, sur la face postérieure de la cuisse, au niveau de la tête du péroné, et, si besoin s'en fait sentir, sous la plante du pied. Quand les téguments, emprisonnés sous nos cloches, sont vivement congestionnés, nous les divisons avec notre scarificateur simplifié, dont on se sert à cet effet comme d'un bistouri tenu en troisième position ; la peau étant exactement tendue avec l'index et le pouce de la main gauche, nous obtenons, au lieu de simples mouchetures; des incisions uniformes qui s'étendent d'un point de la circonférence à l'autre de l'aire tracée par le rebord de la ventouse; de celle-ci on passe à la prochaine sur la surface de laquelle on agit de même, et ainsi de suite jusqu'à la dernière. A l'aide des six lames et de leur action simultanée, on a obtenu, en moins de cinq secondes, vingt-quatre ou trente longues scarifications ; le sang sourd de toutes parts ; on replace promptement les verres au-dessus des plaies qui le fournissent ; on opère la succion avec la bouche, et lorsqu'on suppose la saignée locale assez abondante, on enlève toutes les cloches pour procéder à l'inoculation du sel de morphine entre les lèvres de chaque incision lavée et abstergée avec soin. Le sel narcotique est délayé en pâte ; avec la pointe d'une lancette, ou le bec d'une plume à écrire, on pousse cette substance au fond du sillon tracé par les lames du scarificateur. On termine par des frictions en promenant l'index humecté d'eau au-dessus de chaque aire ; un linge fin, soutenu d'une bande, suffit pour les préserver du contact de l'air. Ainsi administrée, la morphine se comporte comme quand on l'inocule par une simple piqûre sous l'épiderme. A la papule se substitue un gonflement des lèvres de la plaie, mais l'érythème, la chaleur et le prurit restent les mêmes ; le narcotisme survient comme d'habitude. De larges verres de montre remplis d'eau et posés en guise de plaque sur les surfaces inoculées, ont ici un avantage non moins précieux que dans les circonstances où nous les avons plus haut préconisés. Le vide opéré le lendemain sur les points scarifiés la veille, force le sang à sourdre de nouveau, et permet de revenir encore à l'inoculation sans intéresser le derme. Nombre de fois nous avons guéri des sciatiques uniquement comme nous venons de le dire, soit à la première tentative, soit en réi-

térant la même opération deux ou trois jours de suite. La victoire n'est pas assurément toujours aussi complète; la scène morbide est plus lente à s'épuiser; de larges vésicatoires, des loochs térébenthinés, etc., seront souvent, en outre, nécessaires; mais ce que nous sommes en mesure de garantir, c'est que notre méthode amènera positivement du calme dans l'acuité des douleurs, et que, mieux qu'aucune autre, elle enlèvera dans le membre malade cette sensation de pesanteur si incommode pour le patient. Si c'était ici le lieu, nous prouverions, par des faits authentiques, qu'employée absolument, comme nous venons de l'exposer pour la sciatique, cette méthode fait en une seule séance véritablement des prodiges dans le traitement du lumbago rhumatismal.

Quittant ce sujet pour arriver à d'autres affections, je dois mentionner que l'inoculation de la morphine m'a rendu de grands services en l'opposant aux cruelles démangeaisons des parties génitales, si rebelles, chez la femme surtout. Il en est de même dans plusieurs affections cutanées, où le prurit s'exagère souvent jusqu'à devenir un supplice. Ainsi, il m'a été donné de pouvoir faire goûter le sommeil à de pauvres malades, en leur pratiquant autour ou sur des eczémas chroniques, une vingtaine de piqûres avec la lancette imprégnée de sel de morphine. Je n'ai pas moins bien réussi, dans le zona, contre ces douleurs singulières qui persistent avec tant d'opiniâtreté, même longtemps après la guérison des vésicules. Des maux de dents ont également cédé en inoculant le remède soit sur les gencives, soit sur la joue. L'espérance du succès se fondait sur deux motifs : 1° sur l'action du narcotique sur la pulpe dentaire; 2° sur l'action dérivative des papules et de l'érythème qui simulent une fluxion ou qui contribuent peut-être à la faire naître. On sait que, cette fluxion arrivée, toute souffrance s'éteint.

L'inoculation simple vient puissamment en aide aux cataplasmes laudanisés; voici comment : si, après avoir préalablement pratiqué quelques piqûres, à l'aide d'une lancette, sur un point quelconque de la peau, on recouvre ce point d'un cataplasme émollient arrosé de quelques gouttes de laudanum, on observe, au bout de quelques minutes, que des papules, en tout semblables à celles de la morphine, se sont élevées à la base des piqûres. Que s'est-il passé? un fait bien simple : le laudanum a fusé dans les petites plaies au-dessous de l'épiderme, et y a suscité la série d'effets qui résultent de l'inoculation directe de la morphine. Cette observation nous conduit à faire un précepte de pratiquer vingt-cinq à trente incisions sous-épidermiques là où l'on voudra apposer un cataplasme arrosé de laudanum; car il est évident que cette précaution favorisera l'absorption du médicament narcotique.

Idiosyncratiquement et dans l'état de santé le plus prospère, quelques

personnes ne peuvent supporter l'opium, à quelque degré que ce soit. Il est d'autres individus auxquels il ne convient d'en administrer qu'à doses infinitésimales. Certains états pathologiques créent directement cette répulsion de la part de l'organisme, comme d'autres maladies engendrent pour cette substance une tolérance outrée. J'ai la confiance d'une famille distinguée, à Libourne, dont tous les membres partagent cette susceptibilité. Chez eux, 3 milligrammes d'un sel de morphine, déposés sur le derme, développent des accidents toxiques graves. Les auteurs pullulent de faits semblables; M. Lisfranc cite l'exemple (Gaz. des Hôp., 4 janv. 1842) d'une femme chez laquelle trois gouttes de laudanum sur un cataplasme appliqué sur l'abdomen produisirent le narcotisme ; une goutte de la même préparation en lavement plongeait cette malade dans le même état. Ce célèbre chirurgien a observé deux autres femmes (*ibid.*) narcotisées, l'une avec un quart de goutte, l'autre avec un huitième de goutte de laudanum en lavement. Coïncidence bizarre ! Les sujets ainsi constitués offrent une grande mobilité nerveuse, des névroses variées, des souffrances continues ; les sédatifs ne seraient jamais mieux indiqués, et on ne peut en dispenser les bienfaits ! L'inoculation ne serait-elle pas ici d'un puissant secours? Il est permis de l'espérer, en considérant qu'on est le maître de n'insérer dans le derme qu'un centième, qu'un millième, ou une fraction plus petite encore d'un grain de morphine. Cette assertion trouvera plus loin sa preuve complète. Voici d'ailleurs un fait irrécusable : La femme de M. le sous-préfet de Cosne souffrait, en 1838, d'une névralgie faciale ; la morphine, placée à dose modérée sur un vésicatoire, aggravait les souffrances ; M. le docteur Gambon m'a dit avoir soulagé cette dame en se bornant à pratiquer sur le siége du mal deux ou trois inoculations de morphine. Douter de la fréquence de cas analogues dans la pratique, c'est croire à l'invariabilité dynamique des médicaments, c'est affirmer qu'une exacte quantité d'alcool est indispensable pour produire l'ivresse, c'est oublier qu'une simple gorgée de fumée de tabac stupéfie tel individu, tandis qu'un cigare entier est sans effort consommé au début de tel autre. L'opium peut être assurément rebelle à l'organisme de quelques personnes, mais l'expérience nous force d'admettre que chez un plus grand nombre cette substance nuit d'une manière indirecte plutôt qu'absolue, nous voulons dire par une dose trop élevée, quelque exiguë qu'elle apparaisse. Descendez à un trentième, à un cinquantième, à un centième de grain, plus bas encore, s'il le faut, et, sans danger alors, l'opium vous fournira ses secours. Pour une fin si extrême, mais néanmoins si rationnelle, nul moyen ne servira d'équivalent à l'inoculation. Rien qu'à ce titre, c'est une acquisition thé-

rapeutique recommandable ; l'observation réfléchie saura tirer parti de ces vues.

Quelque pénétré que l'on soit de la véracité des faits que l'on avance, il est un témoignage que l'on aime à invoquer, c'est l'expérience d'autrui venant en aide à nos propres assertions. Cette garantie ne m'a point fait faute ; il me reste à le prouver. M. Martin Solon rappelle, dans son rapport devant l'Académie, qu'une femme, en proie à une céphalalgie temporale, fut guérie par lui à l'hôpital Beaujon, en lui inoculant une fraction de grain d'hydrochlorate de morphine ; huit piqûres suffirent à cet effet. (Bulletin de l'Académie, tome Ier, page 251.) M. le docteur Bureau Riofffrey, après avoir lu sur le sujet qui nous occupe un Mémoire devant la Société de médecine de Westminster, Mémoire dans lequel il se plaît à faire ressortir l'importance du procédé que j'ai imaginé, ce médecin a publié (*The contin. and Brit. med. Rewiew*, fév. 1838) le résultat de ses propres expériences. Il affirme que l'inoculation de la morphine, pratiquée d'une manière convenable, quand elle n'a pas guéri, a toujours soulagé sans préjudice pour la beauté. Je n'analyserai point, je me contenterai d'énumérer seulement les observations qu'il rapporte. Celles qui lui sont propres sont au nombre de six. Les trois premières sont des névralgies de la tête ou de la face, dont deux furent guéries et une calmée ; la quatrième est une sciatique double qui fut amendée ; la cinquième est une exostose syphilitique ; la sixième un cancer du pylore. Dans les deux dernières, on n'avait, bien entendu, qu'un espoir, en recourant à l'inoculation, c'était de procurer du calme aux malades ; sous ce rapport le succès fut complet. M. Bureau cite, en outre, le cas d'une sciatique que M. le docteur Ryan a guérie à l'aide du même moyen.

En France, M. le docteur Morin (thèses de Paris, 1837), appréciant ma méthode, s'est plu à la recommander. Ce médecin a fait disparaître chez une femme un prurit des plus intenses, siégeant aux grandes lèvres ; il inocula 5 centigrammes d'hydrochlorate de morphine à l'endroit affecté, et la même nuit les souffrances disparurent. Au bout de deux mois la guérison ne s'était pas démentie. M. Bouchardat, qui se serait empressé de revendiquer pour moi l'honneur de la découverte de l'inoculation de la morphine, si la publication de ses Annuaires eût été devancée de quatre ans, s'exprime ainsi à la page 6 de son Annuaire pour 1844 : « Nous allons faire connaître ici un mode précieux d'administration des médicaments énergiques, qui pourra être utilement invoqué quand on voudra agir vite et sûrement. M. le docteur Jacques, d'Anvers, appelé auprès d'une jeune fille pour combattre une névralgie sus-orbitaire fort opiniâtre, avait en vain mis en usage les anti-

spasmodiques......, lorsqu'il eut l'*idée heureuse* d'introduire par inoculation, sous la peau, le sulfate de morphine. » M. Bouchardat ajoute que cette opération, répétée pendant quelques jours, guérit complétement la malade. « Depuis, dit-il, la même médication a été appliquée au traitement de la sciatique ; des inoculations ont été pratiquées tout le long du nerf sciatique, et les malades sur lesquels on avait épuisé toutes les autres médications, sans aucun résultat, ont été guéris. » M. Bouchardat termine ainsi : « Cette médication est un mode d'administration des médicaments aussi sûr que rapide ; il est probable qu'on pourra y avoir recours dans beaucoup de circonstances. » Comme tout ce que dit M. Bouchardat est d'un grand poids, et que son autorité dans la science est incontestée, un accueil si favorable, un éloge si flatteur sont une preuve évidente de l'importance de la méthode publiée sous mon nom dès l'année 1836. M. le docteur Jacques, d'Anvers, a confirmé mes expériences, là se borne son mérite.

L'inoculation des solanées vireuses, de la strychnine, etc., nous occupera dans une prochaine livraison.

Dr G. V. Lafargue,
de Saint-Émilion.

DE L'ENGOURDISSEMENT DES NOUVEAU-NÉS, ET DE SON TRAITEMENT.

Il est dans les affections des centres nerveux, chez les jeunes enfants, des nuances qu'il importe d'autant plus de chercher à saisir et à préciser, que les manifestations extérieures, en général, dans toutes ces maladies, sont peu saillantes, peu apparentes, les esquisses qu'on en a faites peu achevées, et les opinions émises à cet égard assez divergentes. Mon intention est d'appeler l'attention des praticiens sur une affection de ce genre, présentant des caractères spéciaux et s'offrant dans des conditions et circonstances particulières d'individualité, d'âge et de causalité.

Je mentionne brièvement les circonstances les plus saillantes qui se rapportent à trois observations, que je choisis comme renfermant toutes les particularités propres à cette espèce d'affection, que je chercherai ensuite à décrire.

Obs. — Un enfant venu à terme le 18 mai dernier, à la suite d'un accouchement fort naturel, prit le sein de la mère quelques heures après sa naissance, et toutes ses fonctions s'établirent ou marchèrent régulièrement jusqu'au 29 du même mois. Le lait était abondant et de bonne qualité; la famille, dans une certaine aisance, pouvait entourer le jeune enfant de tous les soins et de tout le bien-être possibles; quand à l'époque indiquée, sans cause accidentelle appréciable (parmi les circonstances accessoires

faut-il, bien que l'enfant n'eût encore été promené que dans les appartements, accuser l'élévation de la température et le temps orageux coïncidant de la fin de mai?) quand, dis-je, l'enfant parut progressivement, mais du jour au lendemain, somnolent, engourdi, sans cri, sans force, sans mouvement; incapable de téter et presque d'avaler; offrant un refroidissement des mains, des avant-bras, des jambes et des pieds. Le pouls, sensible aux radiales, battait 120 fois par minute, mais faiblement et parfois avec un peu d'irrégularité. Il y avait de la constipation, et les premières selles provoquées, après absence d'évacuations alvines depuis 48 heures, étaient par petits fragments durs. La tête paraissait plus chaude que le tronc, surtout vers les fontanelles et les bords suturaux du crâne, qui semblaient un peu gonflés et donnaient au toucher la sensation d'une corde dure. Il y avait quelques alternatives de pâleur et de rougeur de la face. Durant les cinq premiers jours, les soirées et surtout les nuits, et à deux ou trois reprises chaque fois, la bouche se contourna, il y eut quelques autres mouvements grimaciers de la figure, et les yeux se renversèrent. Ces symptômes sont le plus souvent accompagnés de régurgitations de matières muqueuses, jaunâtres. Mais tout cela n'était que passager, et l'état presque continu de l'enfant était une sorte d'engourdissement et de prostration, avec refroidissement. Tout cet ensemble de phénomènes a d'ailleurs persisté, sans amendement, durant cinq jours, et à partir de cette époque, a été en décroissant sans cesse pour faire place à l'état physiologique qui se trouvait redevenu complet à partir du douzième jour.

Ces symptômes se rattachaient, selon moi, à une congestion cérébrale; mais le manque de puissance réactive, la faiblesse excluant la possibilité d'une déplétion directe, d'évacuations sanguines, la médication que je fus amené à employer et qui me réussit également dans plusieurs circonstances analogues, consista dans l'application d'un vésicatoire volant à une cuisse, de cataplasmes chauds et légèrement sinapisés promenés sur les extrémités inférieures; dans l'emploi de purgatifs doux, de frictions mercurielles sur le cuir chevelu et l'usage du lait d'ânesse donné très-fréquemment ou plutôt ingurgité à doses fractionnées.

Les mêmes détails symptomatiques se rapportent absolument, à quelques nuances insignifiantes près, au second fait..... Ainsi l'enfant était venu à terme, bien constitué, d'un volume médiocre, et il avait pris bientôt le sein. Toutes ses fonctions semblaient s'exécuter et devoir continuer à s'exécuter physiologiquement, quand, également sans cause accidentelle, il s'engourdit, tomba dans un état de torpeur et de résolution générale dont on ne put le tirer, et sans qu'il lui fût possible de téter et presque d'avaler; l'incident grave et particulier ici, c'est qu'après être resté huit jours languissant dans cette situation il s'éteignit.

A l'autopsie cadavérique, on trouva une injection prononcée de la périphérie et de la substance du cerveau; une sorte d'ecchymose ou de suffusion sanguine vers la partie supérieure des hémisphères, de la sérosité sanguinolente, en quantité médiocre (quantité difficile à évaluer exactement, mais au delà de trois ou quatre cuillerées à café), épanchée dans les ventricules et à la base du cerveau. Toute la substance cérébrale, même celle des parois ventriculaires, ne présentait aucune modification appréciable dans sa consistance. Les divers autres organes et annexes n'offraient aucune particularité.

Enfin, dans le troisième cas, tout se passa également, quant à la marche et

aux symptômes les plus importants, comme dans ceux qui précèdent; mais il se rencontra cette circonstance particulière, relativement à l'invasion de la maladie (circonstance au reste sur laquelle je reviendrai plus tard), que l'enfant était venu au monde au bout de sept mois de vie intrà-utérine; qu'il était resté faible, languissant et chétif, et ne fit nul progrès apparent jusqu'au neuvième mois (à dater de la conception), par conséquent pendant les deux mois qui suivirent sa naissance; qu'à partir de cette époque il commença à mieux téter, à donner des signes d'une vitalité plus grande et sembla même prendre un peu de développement et de force. Mais douze à quinze jours s'étaient à peine passés dans ces meilleures conditions, qu'il tomba tout à coup dans un état de torpeur et d'allangulssement, avec sorte de coma, dont on ne put le retirer jusqu'à la mort, qui fut peut-être hâtée par l'inanition, par la faiblesse résultante et croissante, le défaut de force réactive, de résistance; car on ne songea pas à suppléer à la cessation de la lactation en injectant, pour ainsi dire, quelques particules répétées de lait dans le pharynx. Ces renseignements, que j'ai cherché à obtenir avec la plus grande précision possible, m'ont été communiqués. L'autopsie malheureusement manqua, ne put être faite; mais j'ai néanmoins cru devoir relater cette observation à cause de quelques circonstances importantes, et j'y rattacherai du reste plus tard, ainsi qu'aux faits précédents, quelques réflexions.

Dans tous ces cas, dans l'état morbide que je vais chercher à décrire, il ne s'agit pas de ces congestions, de ces ramollissements cérébraux consécutifs ou non à la pression, aux violences résultant de l'accouchement, de nature passive ou active, et particulièrement décrites dans la Pathologie des nouveau-nés de Billard. Il ne saurait non plus être question de l'induration des jeunes enfants fréquemment compliquée, en effet, de congestions, de ramollissements et d'épanchements cérébraux. Il ne s'agit pas davantage de la sorte de méningo-encéphalite à laquelle je faisais allusion en disant, dans la 2e édition de mon Traité des maladies des enfants, pag. 118 : « A peine si quelques prodromes de la céphalalgie (ou une sensation, appréciable à la main, de chaleur à la tête et au front), de la somnolence, de la prostration et quelques épiphénomènes laissent entrevoir l'affection cérébrale, qui le plus souvent alors survient comme complication d'une maladie préexistante chez des enfants très-jeunes. » Enfin, il ne faut pas confondre non plus l'affection qui fait le sujet de ce Mémoire, avec l'apoplexie aqueuse de Gœlis, ni avec ce que l'on a décrit sous le nom d'hydrocéphale apoplectiforme, et que l'on rencontrerait chez les enfants affaiblis par des maladies antécédentes, surtout chez les scrofuleux, les phthisiques, chez ceux dans un état de leucophlegmasie, et particulièrement à la suite des scarlatines, et le plus souvent accompagnées de coma subit et de mouvements convulsifs. Cette monographie concerne spécialement un état particulier, qui déjà plusieurs fois s'est présenté à

mon observation, et dont maint praticien se rappellera même avoir été pareillement témoin, une fois qu'il lui aura été signalé.

C'est chez les nouveau-nés, et quelques jours après la naissance, environ dans l'intervalle des quinze premiers jours qui suivent cette époque, que paraît habituellement se manifester l'affection dont il s'agit, et particulièrement chez les sujets faibles et chétifs.

L'enfant vient au monde, toutes les fonctions de la nouvelle vie dans laquelle il vient d'entrer se sont accomplies et s'accomplissent : il tête, il semble être, il est bien portant ; le lait qu'il prend est de bonne qualité et en suffisante quantité. Tout semble aller pour le mieux, quand, à peu près dans la limite de temps que j'ai indiquée, presque subitement, ou assez promptement du moins, la scène change : il reste comme engourdi ; il est dans un état de somnolence ou de coma dont on ne peut le tirer ou que très-imparfaitement; il ne tète plus, il ne peut plus téter ; ne crie pas, semble ne pas en avoir la force. Il avale avec difficulté, et il faut même pour cela qu'on lui entonne, qu'on lui épanche les liquides dans l'arrière-bouche. Les selles sont suspendues ; il y a constipation marquée ; la chaleur du corps est faible, les membres sont froids, se refroidissent souvent, se réchauffent difficilement ; le pouls, de 120 à 130, change donc peu ou point sous le rapport du nombre des pulsations, mais il est petit et dépressible. La tête semble assez chaude, plus chaude même que dans l'état normal ; surtout vers le sommet, le bord des sutures et des fontanelles, qui paraît même comme plus gros, gonflé. Enfin on observe, de temps à autre, quelques mouvements grimaciers de la face et des *renversements* d'yeux, entremêlés et irrégulièrement accompagnés de rougeurs et de pâleurs alternatives de la figure, et de vomiturítions de matières muqueuses ou albumineuses... Ces symptômes, plus ou moins nuancés, arrivent presque tous à la fois et presque subitement ; et vont en s'effaçant de plus en plus à partir du cinquième au dixième jour de leur invasion si le rétablissement doit avoir lieu ; ou si la vie s'éteint ou doit s'éteindre, ils continuent jusqu'à la mort, laquelle arrive sans autre accident appréciable, et également d'ordinaire du cinquième au dixième jour.

Ces phénomènes morbides peuvent également être expliqués par l'existence d'une congestion cérébrale passive, résultant elle-même d'un embarras accidentel dans la circulation de la tête, par une stase sanguine ; ou l'être par le fait d'une congestion active, liée ou non à une irritation cérébrale. Ces formes différentes, séparées le plus souvent, dans ces conditions d'âge et de faiblesse, par des nuances insaisissables, produisent néanmoins les mêmes traces anatomiques : l'injection des vaisseaux sanguins et un épanchement séreux ou séro-sanguinolent

dans les ventricules cérébraux. Dans l'une ou l'autre occurrence les manifestations extérieures sont à peu près aussi les mêmes, car les phénomènes de l'activité ne sont ni saillants, ni reconnaissables le plus souvent à une époque de la vie où la faiblesse est prédominante, et dans les cas spéciaux où tout semble languissant et sans force réactive. En poursuivant l'examen étiologique, je serai cependant amené à avancer à laquelle de ces deux formes paraîtrait invariablement devoir être lié l'état morbide en question.

« L'injection des méninges, de la moelle et du cerveau, dit Billard (1), est si commune chez l'enfant naissant, qu'il semblerait plus juste de la considérer comme un état normal que comme un état pathologique. Si l'injection est portée trop loin, il ne tarde pas à se faire une exsudation sanguine à la surface des méninges, et le sang qui est le produit de cette exhalation comprime le cerveau et donne lieu à l'état de stupeur et d'abattement qui caractérise l'apoplexie. L'injection de la pulpe cérébrale est également assez commune, etc. »

Enfin il décrit comme ramollissement non inflammatoire une sorte de mélange et de décomposition de sang avec la matière cérébrale : « L'enfant présente alors une activité vitale bien moins prononcée. Ses membres sont dans un état complet de flaccidité et d'immobilité ; son cri est tout à fait anéanti ; les battements du cœur sont à peine sensibles, les membres sont froids et la déglutition presque impossible.... L'enfant ne tarde pas à succomber. »

Certes, il y a une grande analogie entre les phénomènes appartenant à cet état pathologique et les caractères symptomatiques dont j'ai présenté la synthèse ; certes, comme il a déjà été dit, il y a une grande analogie à cet âge et dans ces circonstances entre les phénomènes résultant d'une congestion active et ceux qui se lient à une congestion passive ; mais, néanmoins, il y a une différence, pour ainsi dire, foncière entre l'affection que décrit Billard et celle dont il est ici question ; car la première se lie à une altération organique irréparable et nécessairement mortelle, et la seconde se termine le plus souvent par le retour à l'état physiologique. D'autre part, cette dernière n'est plus, selon moi, de même forme, de même nature. Elle résulterait, en effet, d'une congestion cérébrale active, provoquée par le travail, sinon d'ossification, du moins de consolidation des os du crâne, qui a lieu après la naissance. Car si les pièces osseuses ont besoin de jouer afin de mieux faire prêter la tête aux difficultés et à l'étroitesse de la voie qu'elle doit parcourir lors de l'accouchement, la réunion, l'assemblage, la consolidation de

(1) Billard, *Maladies des nouveau-nés.*

ces compartiments crâniens deviennent à leur tour chose utile la naissance venue, le jeune être engagé dans la vie extérieure. Mais en définitive ce travail, la suractivité vitale qu'il entraîne dans cette région, sont une cause de surexcitation, d'appel du sang, de congestion vers la tête, trop intense parfois, ou se rencontrant chez des organisations trop frêles, trop impuissantes pour ne pas être difficilement surmontée par elles, et pour qu'il n'en résulte pas une série de phénomènes morbides, lesquels sont précisément ceux que j'ai signalés.

La première des observations que j'ai relatées offre une peinture symptomatique exacte de l'affection dont j'ai cherché à tracer l'histoire, et présente en même temps le tableau des phases, de la marche et de la terminaison les plus habituelles de cette maladie. La même physionomie fut pareillement retrouvée dans le deuxième fait, brièvement rapporté. Mais ce cas est le seul qui soit accompagné de l'investigation anatomique : possibilité doublement rare dans la pratique civile, par l'éloignement des enfants placés souvent en nourrice, et la difficulté du consentement des familles. Les seules traces anatomo-pathologiques patentes dans ce fait étaient celles d'une congestion cérébrale.

Enfin le troisième cas semble particulièrement remarquable par ces circonstances spéciales, que l'enfant est venu au monde vers le septième mois ; qu'il a végété, pour ainsi dire, jusqu'au neuvième après la conception, ou au deuxième après la naissance; et que ce n'est que douze ou quinze jours après cette époque que s'est manifesté le cortége symptomatique en question, qui s'est terminé par la mort, et dont les détails m'ont été transmis par un honorable confrère, habitant les mêmes localités que la nourrice, lequel regrettait d'ailleurs de n'avoir pas pratiqué l'autopsie cadavérique.

Ce fait n'implique aucune contradiction relativement aux explications étiologiques déjà données : il les confirmerait plutôt; car rien n'est plus soumis à la régularité, à l'exactitude dans l'organisme, que tout ce qui se rapporte au travail de l'ossification, qui, à époque fixe, précise, déterminée, marche en effet, s'arrête, atteint tel ou tel degré. C'est à la suite du neuvième mois, à partir de la conception, qu'a lieu le travail de consolidation des pièces osseuses du crâne : rien donc d'étonnant que ce travail soit resté *incommencé* ou languissant chez un sujet non arrivé à ce terme, et lui-même dans un état d'immobilité et de langueur.

L'inaperçu de la maladie est, d'autre part, la principale cause de gravité du pronostic, car, l'attention éveillée sur ce genre d'affection, on doit pouvoir assez facilement reconnaître celle-ci et y porter remède, ainsi d'ailleurs qu'il nous est plusieurs fois arrivé.

En ce qui concerne la thérapeutique, je dirai d'abord que si l'on n'intervient d'une manière active et intelligente, l'enfant atteint d'engourdissement est presque à coup sûr perdu, et j'ai la conviction qu'un grand nombre de jeunes enfants périssent de cette sorte en nourrice.

Les moyens qui m'ont réussi, et notamment dans les trois dernières et plus récentes circonstances qui se sont offertes à mon observation, et ceux, par conséquent, auxquels je continuerai de donner la préférence, jusqu'à ce que de nouvelles indications ou contre-indications m'obligent à en modifier l'emploi, sont les suivants :

Application d'un vésicatoire à la cuisse ; frictions matin et soir sur le cuir chevelu (pendant deux ou trois jours) avec 2 grammes, et jusqu'à 4 à la fois, d'onguent napolitain double ; nettoyer la tête chaque matin, avec un peu d'eau savonneuse, avant de pratiquer la friction ; administration de sirop de chicorée composé, à la dose d'environ 8 grammes par jour, additionné même de 2 ou 3 décigrammes de calomel : le tout donné par cuillerées à café, deux la matinée et deux vers le commencement de la soirée, et jusqu'à effet laxatif. Si les selles dépassaient le nombre de cinq à six dans les vingt-quatre heures, on supprimerait d'abord le calomel, puis l'on mettrait un ou deux jours d'intervalle dans l'administration de ce sirop.

Emploi de lait d'ânesse, dès le début de la maladie : on le donne par cuillerées à bouche, par cuillerées à café, ou, au moyen d'un biberon, par demi ou quart de tasse à café à la fois, et à la dose de quatre à six tasses et plus dans les vingt-quatre heures. On est le plus ordinairement obligé d'exciter, de chercher à réveiller un peu le petit être engourdi, chaque fois que l'on veut lui faire prendre quelque médicament ou du lait. On lui entonne, pour ainsi dire, par petites fractions ces substances dans l'arrière-bouche (1).

Du reste, l'enfant doit être tenu couché dans son berceau ou petit lit, disposé en plan incliné, de façon à ce que la tête soit plus élevée que le reste du corps. Le chef doit être couvert d'un léger bonnet ; le reste du corps, les bras et les mains compris, enveloppés de langes, de

(1) Nous partageons sous beaucoup de points l'avis de notre collaborateur. Cette somnolence et cet engourdissement des nouveau-nés intéressera sans doute les praticiens, et le traitement nous semble parfaitement applicable. Mais nous aurions voulu, pour l'étiologie de la maladie, que, dans le cas d'autopsie, les sinus cérébraux eussent été examinés. On les aurait sans doute trouvés malades et remplis de caillots sanguins. Le gonflement et la chaleur observés le long des sutures nous le feraient croire; quelques points de symptomatologie nous rappellent le Mémoire de M. Tonnelé sur cette sorte de phlébite. (*Note du rédacteur.*)

couvertures, tandis qu'une boule ou cruchon, empli d'eau chaude, sera placé et promené vers les extrémités inférieures, et alternativement vers les régions qui tendent à se refroidir. Le concours de tous ces moyens est rarement utile au delà du cinquième ou du huitième jour au plus; car à mesure que le mieux se prononce, que l'enfant semble se ranimer, se réveiller, l'on en restreint l'emploi, et l'on arrive à se borner à l'usage du lait d'ânesse, à la continuation des soins hygiéniques, en essayant aussitôt que possible de rendre le sein.

A. Berton, D. M. P.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA CAUTÉRISATION DES BOURRELETS HÉMORRHOÏDAUX PAR LE FER ROUGE, CONSIDÉRÉE COMME TRAITEMENT APPLICABLE AUX DIVERSES VARIÉTÉS DE CETTE MALADIE. — FAITS REMARQUABLES DE GUÉRISON.

Par le baron Philippe Boyer, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, etc.

Lorsque, pour connaître le traitement des hémorrhoïdes de l'anus désignées sous le nom de bourrelet hémorrhoïdal, nous parcourons les annales de la science, tant dans les ouvrages didactiques et les monographies que dans les recueils d'observations et les écrits périodiques, nous sommes surpris de ne trouver aucun principe thérapeutique fixe pour la guérison de cette maladie. Chacun recommande le moyen qui lui a réussi, sans chercher à établir une base de traitement commune à tous les cas du même genre, de sorte qu'aujourd'hui encore, malgré les progrès de la science, les chirurgiens n'ont pas de règle certaine qui les guide dans le traitement du bourrelet hémorrhoïdal. Frappé de cette lacune dans la thérapeutique chirurgicale, je me suis occupé depuis longtemps de recherches pathologiques et anatomo-pathologiques qui pussent me conduire sûrement à un traitement applicable à toutes les espèces de bourrelets hémorrhoïdaux. J'ai pensé que pour arriver à un résultat positif il ne fallait pas séparer la pathologie de l'anatomie pathologique, parce que la séparation de ces deux parties de la science médicale conduit à l'empirisme ou à des applications thérapeutiques fausses. Aussi j'ai commencé par suivre en pratique l'exemple de mon maître, parce que je l'avais vu avoir des succès remarquables; puis, j'ai examiné les rapports qui existaient entre les opérations que je pratiquais et les altérations morbides de la maladie pour laquelle j'opérais. C'est ainsi que je suis arrivé, par la comparaison de la pathologie et de l'anatomie patho-

logique, à la connaissance de la lésion morbide qui constitue le bourrelet hémorrhoïdal, et à celle du traitement qui lui est le plus convenable.

La pathologie m'avait appris que les bourrelets hémorrhoïdaux ont leur siége à l'anus même, à l'orifice anal, et que par conséquent ils sont formés par la membrane muqueuse qui constitue la partie interne de l'orifice anal, et par la peau qui constitue la partie externe de ce même orifice. L'examen de ces bourrelets par la vue et le toucher fait aisément reconnaître ce que je dis, et l'examen anatomique des bourrelets excisés le prouve. Mais comme la peau qui concourt à leur formation a été fortement distendue, il arrive qu'après l'excision la peau non distendue, qui appartient à l'orifice anal, vient s'appliquer sur cet orifice, de manière à faire croire que la maladie appartient entièrement à la membrane muqueuse, et de là l'erreur qui fait distinguer les hémorrhoïdes en externes ou de la peau, et en internes ou de la membrane muqueuse. La vérité de cette opinion, qui n'est pas celle généralement admise, sera prouvée par les conséquences de la thérapeutique chirurgicale et par l'anatomie pathologique. Il résulte de cette disposition des différences dans la composition de l'enveloppe des bourrelets hémorrhoïdaux, et ces différences en apportent dans l'application du moyen thérapeutique. Je crois pouvoir établir, d'après la disposition relative de la peau et de la membrane muqueuse dans les bourrelets hémorrhoïdaux; je crois, dis-je, pouvoir établir trois variétés de cette maladie : une première, la plus commune de toutes, dans laquelle la membrane muqueuse entre pour la plus grande partie dans la composition de l'enveloppe du bourelet; une seconde, la plus fréquente après la précédente, dans laquelle la peau et la membrane muqueuse concourent, pour moitié à peu près, à la composition de l'enveloppe du bourrelet; et une troisième, la plus rare de toutes, dans laquelle la peau forme, presque seule, l'enveloppe du bourrelet. La pathologie m'avait encore appris, tant par le toucher de l'anus que par l'examen de la largeur de la plaie des parties excisées, que la maladie ne remontait pas à plus de trois à quatre centimètres, et qu'il suffisait d'arrêter le sang dans la partie de l'ampoule anale la plus voisine de l'orifice anal pour s'opposer à l'hémorrhagie que l'on avait vue survenir si souvent après l'excision des bourrelets hémorrhoïdaux; et dans quelques cas malheureux, dont je parlerai plus loin, l'examen de la plaie était venu confirmer tout ce que la pathologie m'avait appris.

J'étais resté pendant plusieurs années avec les seules connaissances de structure des bourrelets hémorrhoïdaux que m'avait données la pathologie, lorsque des circonstances favorables me permirent de vérifier

sur des sujets, morts de maladies totalement étrangères à celle qui nous occupe, ce que la pathologie m'avait appris; et il résulta de cette étude le complément de celle que j'avais faite sur le vivant, de sorte que je peux donner en quelques mots une idée exacte de la nature et de l'étendue des bourrelets hémorrhoïdaux, idée nécessaire pour faire comprendre comment le raisonnement, qui m'a guidé pendant douze ans dans le traitement de cette maladie, m'a conduit à modifier ma manière de faire et à obtenir des succès certains dans tous les cas qui peuvent se présenter.

Les bourrelets hémorrhoïdaux sont formés par une enveloppe muqueuse et cutanée, disposée comme je l'ai dit plus haut. Je ne peux indiquer le rapport qui existe entre les trois classes, parce qu'à l'époque où j'excisais les bourrelets, cette différence de disposition ne m'importait pas; tandis qu'aujourd'hui, que je les cautérise, je suis forcé d'y faire attention, parce que le cautère a moins d'action sur la peau que sur la membrane muqueuse. Sur trois cas où le cautère a été appliqué, j'ai trouvé les trois dispositions, comme on le verra par les observations. Au-dessous de l'enveloppe cutanée et muqueuse, on trouve un tissu cellulaire à mailles très-serrées renfermant de la sérosité, et des veines variqueuses à parois épaisses, avec renflements latéraux. Les veines contiennent du sang veineux caillé, et les renflements sont remplis par des tumeurs fibrineuses blanches, enveloppées quelquefois d'un caillot veineux membraniforme. Ces deux points d'anatomie pathologique peuvent être observés après l'ablation des bourrelets hémorrhoïdaux sur le vivant, et, après leur dissection, chez les individus morts. Les bourrelets présentent des renflements ou tumeurs multiples; tantôt au nombre de deux, une de chaque côté de l'orifice anal; tantôt au nombre de trois; tantôt au nombre de quatre; quelquefois cinq: je n'en ai jamais vu plus. Ces renflements ou tumeurs ont souvent des brides qui les subdivisent; on dirait qu'ils appartiennent à des replis de l'orifice anal, et que les brides qui forment ces replis n'ont pu être totalement détruites. L'examen de la plaie, chez les individus morts après l'opération, et celui de l'insertion des tumeurs chez les individus qui offraient cette maladie après leur mort, font voir que le siége des varices qui constituent le bourrelet hémorrhoïdal est dans les racines des veines mésentériques inférieures sous-muqueuses, et que ces varices se trouvent situées entre la membrane muqueuse et la couche musculaire. Le même examen fait bien reconnaître dans les deux espèces de recherches que la maladie ne s'étend pas à plus de trois à quatre centimètres au-dessus du point d'union de la peau et de la membrane muqueuse dans l'orifice anal.

Je vais maintenant citer les faits à l'appui de ce que je viens d'avancer. Dans seize cas d'ablation de bourrelets hémorrhoïdaux, j'ai constamment trouvé l'enveloppe formée par la membrane muqueuse seule ou par la membrane muqueuse et la peau réunies, et la tumeur formée par un tissu cellulaire très-serré et des veines variqueuses avec des renflements. Dans un cas d'insuccès, où tout le pourtour de l'anus n'avait pas été enlevé, j'ai trouvé un reste de bourrelet hémorrhoïdal qui présentait la même structure. Dans deux cas d'autopsie, l'un chez un homme, l'autre chez une femme, j'ai également trouvé les mêmes altérations organiques. Dans quatre cas d'insuccès, l'examen de la plaie de l'anus me fit voir qu'elle avait une hauteur de 3 à 4 centimètres. Une seule fois j'ai trouvé une portion de la plaie qui avait 5 centimètres de hauteur. Dans deux cas d'autopsie j'ai trouvé également que les bourrelets avaient dans toute leur étendue une hauteur variable de 4 à 5 centimètres.

Cette étude des bourrelets hémorrhoïdaux, tirée de la pathologie et de l'anatomie pathologique, m'avait fait persévérer pendant dix années dans l'emploi d'un moyen thérapeutique que j'avais vu employer avec succès par mon père, malgré quelques insuccès que j'avais éprouvés, lorsqu'un cas, où l'emploi de ce moyen me paraissait devoir compromettre la vie du malade, me décida à avoir recours à la cautérisation avec le fer rouge.

Boyer, qui divise les tumeurs hémorrhoïdales en externes et internes, conseille, pour la guérison de ces dernières qu'il regarde comme constituant les bourrelets hémorrhoïdaux, l'ablation avec l'instrument tranchant et le tamponnement. Il veut qu'après avoir passé un fil dans chacune des tumeurs qui forment le bourrelet, on les excise avec un bistouri droit boutonné ; qu'ensuite on introduise le doigt indicateur gauche dans l'anus, et que, conduisant le bistouri sur ce doigt, on incise le sphincter anal, tant pour faciliter l'entrée du tamponnement que pour prévenir le rétrécissement de l'anus ; et qu'après ces opérations on place dans l'ampoule anale un gros tampon de charpie attaché avec un très-fort fil dont on écarte les chefs pour mettre dans leur intervalle des tampons de charpie, et qu'enfin on tire sur ces fils pour amener au dehors le tampon intérieur, tandis qu'on repousse en dedans toute la charpie au moyen d'un tampon extérieur, sur lequel on noue les fils du tampon intérieur. De cette manière, la charpie comprime la plaie de la circonférence de l'anus et empêche l'hémorrhagie. Boyer dit avoir employé plusieurs fois ce moyen avec succès, et il cite des cas où il a prévenu ainsi ou combattu l'hémorrhagie. Moi-même, je l'avais mis en usage avec succès contre des hémorrhagies à la suite

de l'opération de la fistule à l'anus. Je pensai donc que je pouvais également m'en servir pour faire réussir l'excision des bourrelets hémorrhoïdaux, et comme je suis convaincu que pour faire faire des progrès à la science il vaut beaucoup mieux prouver la bonté des moyens thérapeutiques que d'en chercher de nouveaux, je me fis une loi de mettre en pratique ce mode opératoire toutes les fois que des bourrelets hémorrhoïdaux se présenteraient, quelles que fussent les conditions d'âge, de sexe, et de santé générale, pourvu toutefois que ces dernières ne contre-indiquassent pas l'opération. En conséquence, pendant l'espace de dix années, je fis indistinctement l'application de mon moyen thérapeutique, et je pratiquai seize opérations, dont onze furent suivies de succès complet. Sur ces seize cas, je ne trouvai qu'une femme atteinte de bourrelet hémorrhoïdal. Les insuccès n'ont pas été dus à la méthode, mais aux conditions de santé générale dans lesquelles étaient les malades, conditions qui furent aggravées par la douleur de l'opération, par la perte de sang pendant l'opération, par la douleur du tamponnement, et dans un cas par l'ouverture des vaisseaux, dont le sang coulant toujours à cause d'une toux continuelle, occasionna une hémorrhagie mortelle. Ainsi, le premier malade que je perdis avait eu avant l'opération une attaque d'apoplexie pour laquelle on l'avait beaucoup saigné, et il était dans un état d'affaiblissement qui aurait contre-indiqué l'opération, si la perte du sang par l'anus ne s'était pas renouvelée chaque fois qu'il faisait un mouvement. Il succomba le onzième jour à l'adynamie qui suivit l'opération. Le deuxième malade était un homme, âgé de soixante ans, qui avait un catarrhe bronchique chronique. Quand il eut éprouvé quelque soulagement de cette maladie, après un séjour prolongé dans une salle de médecine de l'hôpital Saint-Louis, je l'opérai; mais la toux presque continuelle qui subsistait déplaça le tamponnement et donna lieu à une hémorrhagie telle que le malade succomba le quatrième jour après l'opération. Tout le gros intestin rempli de sang était semblable à un boudin. Le troisième malade, âgé de soixante-quatre ans, avait une constitution profondément altérée par les pertes de sang plus ou moins abondantes qu'il a éprouvées pendant dix-neuf ans. Il succomba le neuvième jour après l'opération, et un litre de sang en caillots rouges, trouvé dans la moitié inférieure du gros intestin, prouva qu'il y avait eu une hémorrhagie secondaire, due à l'adynamie dans laquelle s'était trouvé l'opéré. Le quatrième malade, âgé de cinquante ans, est un ancien militaire dont l'imagination est assez tourmentée de l'idée de l'existence du ver solitaire. Je lui donne plusieurs purgatifs pour lui prouver que s'il a eu le ver solitaire, il ne l'a plus; j'ai de la peine à y parvenir et à le décider à l'opéra-

tion nécessaire pour la guérison de son bourrelet hémorrhoïdal. Cependant je l'opère ; il n'y a aucun accident pendant les premiers jours ; mais le huitième jour après l'opération, il est pris de tétanos, et il succombe le dixième jour. Les intestins étaient entièrement vides de sang. Le cinquième malade, âgé de quarante-cinq ans, est un homme très-affaibli par les pertes de sang qu'il éprouve depuis quinze années. Néanmoins je crois devoir l'opérer, espérant lui rendre la santé en arrêtant l'écoulement de sang ; mais le malade succomba le septième jour à l'adynamie qui s'était déclarée après l'opération.

Dans ces cinq cas d'insuccès, les conséquences fâcheuses ne pouvaient pas être attribuées au mode opératoire, puisque je l'avais vu réussir trois fois entre les mains de mon père, et onze fois entre les miennes ; elles dépendaient évidemment des mauvaises conditions dans lesquelles étaient les malades au moment de l'opération. Aussi, malgré ces insuccès, j'étais bien décidé à continuer l'emploi du même moyen thérapeutique, afin d'établir une règle pratique générale sur le traitement des bourrelets hémorrhoïdaux, lorsqu'en l'année 1846 il se présenta à moi un malade dont je donnerai l'observation entière, plus loin, et chez lequel une opération était indispensable à cause des pertes de sang abondantes et journalières, qui avaient occasionné un affaiblissement considérable. J'avais résolu de faire l'excision du bourrelet hémorrhoïdal ; mais au jour fixé pour cette opération, je n'osai la pratiquer, dans la crainte que l'écoulement de sang, inévitable dans cette opération, ne fît périr le malade entre mes mains ; et, malgré la présence de chirurgiens étrangers que j'avais invités à assister à cette opération, je ne la fis pas.

Je réfléchis alors sur le moyen le plus convenable pour détruire les tumeurs hémorrhoïdales qui environnaient l'anus, et rejetant la cautérisation après l'excision, parce qu'elle est presque toujours suivie d'accidents mortels, je pensai à détruire ces tumeurs par une simple cautérisation au fer rouge. En conséquence je fis chauffer des cautères olivaires que j'introduisis à plusieurs reprises dans l'anus, et un cautère conique à sommet tronqué que j'appliquai au bord de l'anus. Cette opération fut suivie d'un succès complet. Mais un seul cas ne suffisait pas pour ériger en principe ce mode opératoire. Deux autres opérations, pratiquées absolument de la même manière et suivies également d'un parfait succès, permettent d'établir que ce mode opératoire est préférable à celui que j'avais suivi jusqu'ici, et à ceux que divers praticiens ont employés dans des cas isolés, ou trop peu nombreux pour qu'ils soient la base d'une méthode. Il est certain que si j'avais eu recours à cette cautérisation simple dans les cinq cas malheureux que j'ai rappor-

tés plus haut, les malades auraient guéri, parce que chez les uns l'adynamie n'aurait pas augmenté, comme cela est arrivé par suite de la perte de sang pendant l'opération, et que chez les autres il n'y aurait eu ni hémorrhagie primitive ni hémorrhagie secondaire. Le cas de tétanos est le seul qui aurait pu succéder à la cautérisation, comme il a succédé à l'excision.

Obs. Ire. Le 14 mars 1846, il entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 38, un homme âgé de trente-huit ans, qui éprouve par l'anus, depuis l'année 1838, des pertes sanguines abondantes. Ces pertes commencèrent à la suite d'un travail de terrassement assez considérable que fit cet homme lorsqu'il servait dans l'infanterie et était en garnison à Rochefort. Une tumeur hémorrhoïdale parut à l'anus. Il entra à l'hôpital et il fut promptement guéri par divers moyens qu'il ne sait indiquer. Sorti dix-sept jours après son entrée, il reprit ses travaux, et, au bout de quinze jours environ, il fut atteint de nouveau d'un écoulement de sang par l'anus. La tumeur hémorrhoïdale reparut; elle était située en avant. Depuis ce moment, il a eu des alternatives de pertes sanguines et de suspension de ces pertes. D'abord les pertes n'ont eu lieu que pendant la défécation; puis, par suite du moindre effort, et enfin spontanément. Aujourd'hui elles ont lieu presque continuellement, ou au moins l'écoulement muqueux, qui existe entre les époques des pertes, est constamment mêlé de sang et a une teinte rouillée. L'infirmier qui a soigné le malade depuis l'époque de son entrée à l'hôpital jusqu'au moment de l'opération a dit qu'il évaluait l'écoulement de chaque jour à plusieurs palettes, et qu'une fois il avait été de six palettes au moins. Le malade est anémique; sa peau est blafarde et jaunâtre; son visage est pâle, ses lèvres sont décolorées, ses chairs sont molles et infiltrées.

Ayant l'intention de pratiquer l'opération le plus tôt possible, je la fixe au 19 mars, me réservant les quatre jours qui doivent s'écouler jusqu'à ce moment pour préparer le malade, et surtout pour débarrasser le tube intestinal des matières endurcies qu'il doit contenir, comme cela a lieu chez tous les individus affectés de bourrelet hémorrhoïdal. En conséquence, le 15, je donne 60 grammes d'huile de ricin; et pour arrêter l'écoulement de sang après l'effet du purgatif, je prescris deux quarts de lavement, dans chacun desquels on mettra 8 grammes d'extrait de ratanhia; et pour relever les forces du malade, je lui fais prendre une tisane de cachou avec du sirop d'écorces d'orange, 60 grammes de sirop de quinquina, et je lui donne des aliments.

Le 16 au matin, je fais prendre un lavement pour vider le rectum, et immédiatement après qu'il est rendu, le malade pousse fortement, et fait sortir le bourrelet hémorrhoïdal. Je le trouve composé de quatre tumeurs : une antérieure très-grosse, du volume d'une noix de la grosse espèce; une postérieure, qui est la plus petite; et deux situées du côté droit, ayant un volume intermédiaire entre les deux premières. La sortie et la rentrée de ces tumeurs sont très-douloureuses. Les efforts pour rendre le lavement et pousser au dehors le bourrelet sont suivis d'un écoulement de sang assez abondant. Comme le purgatif de la veille ne me paraît pas avoir produit assez d'effet, j'en ordonne un nouveau composé de 50 centigrammes de calomel, de rhubarbe et de jalap. La prescription est la même.

Le 17, quoique le malade paraisse affaibli par les purgations précédentes,

je lui donne une bouteille d'eau de Sedlitz, afin de vider complétement le tube intestinal, et de ne rien faire le 18, veille de l'opération. J'ajoute à la prescription précédente du vin de Bordeaux.

Le 18, je laisse le malade tranquille, et je suis la même prescription. Il doit prendre un lavement simple le soir, et un autre le lendemain matin, pour vider l'ampoule anale.

Le 19, jour de l'opération, je trouve le malade en très-mauvais état. Il a été extrêmement souffrant la veille. Il a eu une diarrhée abondante, et il est allé six fois à la garderobe; une des évacuations a été de matières endurcies, ce qui prouve que j'avais eu raison d'insister sur les purgatifs; et une autre a été suivie d'une perte de sang assez considérable. Dans la nuit, il a encore eu deux selles, et après l'une d'elles, un écoulement de sang abondant. Il a eu du délire, et il a de la fièvre. En conséquence, je ne pratique pas l'opération. Je continue la même prescription, et j'ajoute une potion de 8 grammes d'extrait de ratanhia dans 60 grammes d'eau de roses. Malgré ce traitement interne, le malade a dans la journée deux garderobes, l'une sanguinolente et l'autre mucoso-séreuse; et dans la nuit, il en a trois, dont une encore sanguinolente, et les deux autres mucoso-séreuses. Il résulte de ces diverses pertes sanguines et muqueuses, qui sont presque aussi graves les unes que les autres, comme l'expérience me l'a prouvé, que le 20 au matin, le malade est très-faible, que son pouls est moins fort que la veille, qu'il présente la petitesse du pouls des individus très-anémiques, et que les yeux sont tristes et ternes. Aussi je décide le malade à se laisser cautériser le lendemain.

Le 21, l'on me dit que le malade a encore eu des garderobes sanguinolentes pendant la journée de la veille et pendant la nuit. Je le trouve si affaibli que je crois devoir l'opérer dans la salle commune. Je lui fais donc donner un lavement qu'il rend de suite, et je profite de la sortie du bourrelet hémorrhoïdal, produite par l'excrétion du lavement, pour saisir les tumeurs. Je mets le malade sur le bord de son lit, dans la position d'un individu qu'on veut opérer d'une fistule à l'anus, et saisissant successivement, avec les doigts de la main gauche, les tumeurs que je tire légèrement pour les faire saillir davantage, je traverse celles d'en bas d'abord, puis celles d'en haut, avec une aiguille enfilée d'un fil double, comme si je voulais les exciser. Le but de cette manœuvre opératoire est d'empêcher les tumeurs de rentrer dans l'ampoule anale, lorsque la douleur engage le malade à serrer l'anus. Faisant tirer et maintenir les fils au dehors par deux aides, je prends un cautère en roseau, chauffé à blanc, je l'introduis dans l'anus, et disant aux aides de lâcher un peu les fils, je laisse ainsi retomber les tumeurs sur le cautère. Celui-ci a été poussé dans la cavité anale à une profondeur de 3 à 4 centimètres. Je le laisse en place jusqu'à ce qu'il devienne noir. Je répète deux autres fois cette intromission, et je termine en plaçant sur l'orifice anal un cautère conique à sommet tronqué chauffé à blanc. Cette dernière partie de la cautérisation a pour but de détruire la peau de l'anus qui concourt à la formation du bourrelet hémorrhoïdal. Dans l'opération j'ai eu le soin de détruire les tumeurs jusqu'à ce que je sois arrivé aux fils qui les traversent. Cette cautérisation a été très-douloureuse. Immédiatement après je mets sur l'anus des compresses imbibées d'eau froide. Le malade a été tranquille dans la journée; la douleur s'est calmée peu à peu. Il n'a uriné que vers trois heures et demie; l'opération avait été pra-

tiquée à neuf heures. Je lui fais prendre dans l'après-midi, malgré l'accélération du pouls, mais à cause de la faiblesse générale, du bouillon et du vin.

Le 22, le malade a eu du délire pendant la nuit; il voulait se pendre. Il a été une fois à la garderobe; il n'a pas rendu de caillots; il n'y avait que quelques gouttes de sang. Le matin, au moment de la visite, il souffre encore de l'anus, mais beaucoup moins; il n'a pas la moindre douleur dans l'abdomen. Il éprouve des besoins d'uriner; mais il n'a pas d'urine dans la vessie. La langue est très-humide, l'examen de l'anus me fait voir que les tumeurs hémorrhoïdales sont parfaitement cautérisées. Je prescris de la tisane amère et de la tisane de gomme; du vin de Bagnols, du sirop de quinquina, du bouillon ou des potages, à la volonté du malade, et une pilule de trois centigrammes d'opium. Je commence, aussi ce même jour, l'usage d'une poudre composée de limaille de fer, poudre de quinquina et poudre d'écorce d'orange, à la dose de 5 grammes de chaque substance pour 20 paquets, dont le malade en prend un ou deux par jour au commencement des repas. L'usage de ce médicament a été continué pendant toute la durée du séjour du malade à l'hôpital : ainsi je ne reviendrai plus sur son emploi en parlant du détail du traitement.

Le 23, le malade est moins souffrant; il éprouve encore des ténesmes vésicaux. L'examen de l'anus me fait voir que la plaie commence à suppurer. Même prescription que la veille, et de plus potages au lait sur la demande du malade. Je les lui accorde, parce que je le trouve presque sans fièvre, et ayant la langue humide.

Le 24, le malade a eu la veille deux selles : on me dit que dans l'une il a rendu un caillot plat de la grandeur d'une pièce de 1 franc, et dans l'autre un caillot en boule. Je pense que ce n'est pas du sang, mais des portions d'escarre, et ce qui me porte à avoir cette opinion, c'est que dans une autre selle faite pendant la nuit il n'y a pas la moindre trace de sang. Le malade a dormi toute la nuit, et il est assez bien, quoiqu'avec un peu de fièvre. Il souffre toujours de la cautérisation, mais moins; cependant il me prie de ne pas lui mettre encore la mèche. Il a de l'appétit; je lui donne deux bouillons, deux laits, et une portion d'aliments. Je continue la même prescription pharmaceutique.

Le 25, il y a eu la veille deux selles sans aucune trace de sang. L'examen de l'anus me fait reconnaître que l'introduction d'une mèche est possible sans douleur pour le malade, à cause de la diminution de l'engorgement. J'en mets une très-petite sans que le malade le sente; car il demande, quand elle est mise, si je vais bientôt la placer. Même traitement, même alimentation.

Le 26, le malade a eu trois selles la veille, et dans l'une d'elles il s'est trouvé une portion d'escarre prise pour un caillot, comme la première fois. Il a bien dormi, il a bon appétit. Je mets une mèche plus grosse, mais il ne peut la garder longtemps, parce qu'il a deux selles dans la journée; elles n'avaient aucune trace de sang.

Le 27, quoique le malade se plaigne de quelque douleur dans l'anus, mets une mèche; il a trois garderobes sans trace de sang.

Le 28, il est beaucoup mieux que les jours précédents. Je donne toujours le même traitement et la même alimentation, parce que je pense que les

selles sont le résultat de l'irritation de la partie cautérisée et de la suppuration. L'introduction de la mèche est douloureuse.

Les jours suivants, l'état du malade s'améliore sensiblement. Le 31 mars, les tumeurs hémorrhoïdales sont flétries, mais elles ne sont pas encore détachées. Je supprime la mèche sur la demande du malade, et je lui donne un bain sulfureux et gélatineux. J'ai continué l'usage de ce bain tous les jours, ou tous les deux jours jusqu'à la fin du traitement. Le 1er avril, le malade se lève. Le 6, je reprends l'usage journalier de la mèche. Le 8, trouvant la tumeur hémorrhoïdale gauche presque entièrement flétrie, je mets le doigt dans l'anus pour reconnaître l'état des parties internes. Je ne trouve aucune tumeur ; la pression sur les plaies n'est nullement douloureuse ; l'introduction du doigt l'a été. Le 12 avril, le malade commence à marcher. Le 20 avril, voyant que cet homme reprend des forces, et que sa peau a perdu sa teinte jaune, je lui conseille de sortir sur la terrasse de l'hôpital qui est en plein midi. A peine y est-il arrivé, il se trouve mal : on le reporte dans la salle, et on le laisse sur son fauteuil, où il a encore deux faiblesses. Il est probable que cet accident a dépendu de la trop grande impression de l'air extérieur. Le 21, le doigt mis dans l'anus me fait aisément reconnaître qu'il n'y a plus de tumeurs intérieures; les tumeurs extérieures sont presque complètement flétries. Du 21 avril au 11 mai, le malade reste tantôt couché, tantôt levé pendant le jour, selon ses forces. Ce jour je suspends l'usage de la mèche.

Le 14 mai, examinant l'anus, je crois devoir le cautériser, parce que j'y vois des fongosités ou bourgeons charnus fongueux. Je passe donc dans l'anus un crayon de nitrate d'argent, et je mets une mèche enduite d'onguent de sous-carbonate de plomb. Ce jour et le lendemain, le malade rend un peu de sang avec ses garderobes. La présence du sang dépend du saignement des fongosités, comme on l'observe toujours lorsqu'elles sont très-saillantes et qu'on les cautérise.

Depuis ce moment l'état général du malade, qui était resté incertain, pour ainsi dire, puisqu'il y avait des alternatives de bien et de mal, a été de mieux en mieux. Les forces sont revenues avec le beau temps et la chaleur, qui ont commencé vers le 20 mai. Il a continué l'usage des poudres toniques, et il est sorti de l'hôpital le 22 juin, trois mois après l'opération, parfaitement guéri et bien portant.

Il restait au pourtour de l'anus trois petites tumeurs hémorrhoïdales flétries que le cautère n'avait pas détruites.

Cette observation résume en elle toute l'histoire du bourrelet hémorrhoïdal et de la cautérisation de ce bourrelet. En effet, nous voyons que le bourrelet hémorrhoïdal est formé par des tumeurs distinctes qui donnent lieu à des écoulements de sang pendant les garderobes, et à des écoulements de sang intérieurs qui forment des caillots dont la présence force le malade à les rejeter ; que ces écoulements de sang sont accompagnés d'une augmentation de sécrétion muqueuse qui rend les selles plus fréquentes, et d'un endurcissement des matières fécales qui rend leur séjour plus prolongé dans les intestins ; qu'enfin, l'enveloppe du bourrelet est constituée en partie par la membrane muqueuse

et par la peau, puisqu'il est resté des tumeurs flétries après l'opération ; ce qui prouve bien qu'il est une maladie de l'orifice anal seulement. Nous voyons aussi que la destruction du bourrelet produit la guérison, et fait cesser les accidents qui occasionnaient l'anémie. Quant à la cautérisation, nous voyons que, pratiquée comme je l'ai faite, elle détruit les tumeurs hémorrhoïdales internes par le cautère en roseau, et la portion cutanée de ces tumeurs par le cautère conique.

Ces remarques sont très-importantes, comme on pourra s'en convaincre par la comparaison de cette observation avec les deux suivantes.

Obs. II. Le 29 août 1846, un porteur d'eau, âgé de cinquante-neuf ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 27, parce qu'il a eu, il y a un mois, une perte de sang assez abondante par l'anus, et que depuis ce temps il a continué à rendre un peu de sang chaque fois qu'il va à la garderobe et qu'il a toujours la diarrhée. Cet homme, très-brun de cheveux et de barbe, a le teint très-coloré aux joues, mais le fond de la peau très-jaune. Comme il répond très-mal aux questions que je lui adresse, et que tout me porte à croire qu'il a un bourrelet hémorrhoïdal, je lui fais donner un lavement dans la journée du 30, et un autre le 31 au matin. Ce jour-là, je l'examine, et à la première inspection de l'anus, j'aperçois un bourrelet hémorrhoïdal composé, 1° d'un bourrelet de la peau de l'anus; 2° d'un bourrelet de la membrane muqueuse qui présente quatre tumeurs latérales, deux droites et deux gauches, rouges, et formées de vaisseaux variqueux. Cet examen me prouve aussi que la maladie de cet homme remonte à plus d'un mois, et à force d'interrogations, j'apprends de lui qu'il y a seize ans, il a eu une hémorrhagie très-légère par l'anus, et que depuis, chaque fois qu'il va à la garderobe, il rend trois, quatre ou cinq gouttes de sang par l'anus. Mais je ne peux savoir de lui si, indépendamment de cet écoulement sanguin, il a un écoulement muqueux; il me dit seulement que depuis un mois il a la diarrhée. Persuadé que cet homme a seulement un bourrelet hémorrhoïdal, parce que le toucher ne me fait reconnaître rien autre chose, je lui propose la cautérisation, pensant que l'excision peut lui occasionner une perte de sang funeste, parce que son pouls ne donne que cinquante-deux pulsations. Il refuse d'abord. Alors, je lui ordonne la décoction blanche de Sydenham, l'eau de riz et les potages au riz pour arrêter la diarrhée qui, tantôt est abondante, tantôt est médiocre, tantôt est nulle. J'examine encore l'anus après quatre jours de ce traitement, et je reste convaincu que le dévoiement n'est autre chose que la sécrétion muqueuse abondante, résultat du bourrelet hémorrhoïdal.

Décidé par la religieuse et les élèves du service à se faire opérer, cet homme, qui est très-pusillanime, me demande l'opération immédiate, mais je la refuse et je la remets au 10 septembre. Dans l'intervalle de temps qui s'écoule entre le 4 et le 10 septembre, je peux encore m'assurer qu'il n'a pas la diarrhée, mais seulement l'écoulement muqueux qui accompagne le bourrelet hémorrhoïdal. Comme cet écoulement est suivi d'une sortie abondante de matières fécales, je ne donne ni purgatif ni lavement avant l'opération.

Le 10 septembre je place le malade comme pour l'opération de la fistule à

l'anus; je passe un fil double dans les deux tumeurs inférieures, puis un autre fil double dans les deux tumeurs supérieures, et les faisant maintenir au dehors, j'introduis dans l'anus un cautère en roseau chauffé à blanc, mais peu profondément, puisque les tumeurs sont surtout en dehors. J'en introduis ensuite un second; puis j'applique le cautère en long sur les tumeurs extérieures, et enfin j'y mets le cautère conique à sommet tronqué. Dans ces diverses cautérisations, qui sont très-douloureuses, le malade, s'agitant beaucoup et serrant les fesses, fait brûler un peu la peau de l'entre-fesson. Après les cautérisations, j'applique sur les parties des compresses trempées dans l'eau froide. Quoique le malade ait beaucoup souffert, il veut s'en aller à pied dans la salle; mais je m'y oppose. Pendant et après l'opération, le pouls donne cinquante-deux pulsations.

Dans l'après-midi, le malade a de la réaction, et le pouls donne soixante pulsations. Il ne peut uriner; il faut le sonder.

Le 11, le malade a dormi sans aucune potion narcotique. Il faut le sonder le matin : il n'y a pas de douleurs à l'anus. Je distingue encore très-bien toutes les tumeurs hémorrhoïdales tuméfiées et les escarres de la peau. J'ordonne un grand bain dans le jour, et un bain de siége le soir. Le malade a soixante-douze pulsations.

Le 12, le malade a uriné dans le grand bain, et il est allé à la garderobe. Il a encore fallu le sonder. Il pense qu'il pourra uriner seul. Il demande à manger et à se lever. Le pouls est retombé à cinquante-deux pulsations. Je permets deux bouillons, deux potages et du vin, et je donne un grand bain.

Le 13, le malade a uriné dans le grand bain : il ne s'est pas levé. Il a uriné seul le matin de ce jour. Sur sa demande, je lui donne des aliments en plus grande quantité. La suppuration commence à s'établir : la ligne de démarcation entre les parties cautérisées et les parties vives est bien prononcée.

Le 14, le malade a uriné deux fois seul dans la journée; mais le soir il a été sondé. La suppuration est plus marquée.

Le 15, le malade a encore besoin d'être sondé. La suppuration est bien établie, et les escarres sont levées sur les parties cautérisées. Je donne plus d'aliments.

Le 16, le malade est très-bien : il n'a plus besoin d'être sondé; il urine seul, mais avec peine : il a un peu de diarrhée.

Le 18, les escarres étant entièrement tombées, je mets une mèche dans l'anus. Depuis ce moment, la plaie a marché vers la guérison. Le 27, ayant cautérisé avec le nitrate d'argent, le malade n'a pu garder la mèche. Depuis ce moment, je ne lui en ai plus mis.

Le 26 octobre, vingt-six jours après l'opération, les plaies sont totalement cicatrisées, et l'anus est semblable à un anus normal. Je garde encore le malade jusqu'au 17 octobre. L'anus ne diffère en rien de l'anus normal. Aucune portion de membrane muqueuse ne sort quand l'opéré fait des efforts de défécation. La traction exercée sur les bords de l'anus fait sortir les plis de cette partie, et il n'y a plus aucune trace d'hémorrhoïdes.

Obs. III. Le 4 mai 1847, il entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Roch, n° 2, une femme qui a un bourrelet hémorrhoïdal. La malade, âgée de quarante-six ans et demi, a eu sept enfants. Toutes ses grossesses et tous ses accouchements ont été heureux. A son dernier accouchement, en l'année 1833, elle

est restée assez longtemps en travail, et elle attribue à cette durée du travail l'apparition d'hémorrhoïdes qu'elle a eues depuis ce moment, et dont elle ne s'était jamais ressentie avant cette époque. Ces hémorrhoïdes donnaient quelques gouttes de sang chaque fois qu'elle allait à la garderobe, et la sortie des excréments était douloureuse; il n'y avait pas entre les garderobes d'écoulement muqueux. Dans le mois de janvier 1847, la malade commença à perdre du sang plus abondamment, chaque fois qu'elle allait à la selle; et ces pertes de sang l'affaiblirent au point de l'engager à entrer à l'hôpital.

Cette malade, qui est assez fortement constituée, est anémique; son teint et sa peau ont la couleur jaune ordinaire aux personnes qui ont éprouvé des pertes de sang considérables. Son état même n'est pas en rapport avec les pertes peu abondantes qu'elle dit avoir eues. Je crois convenable de la soumettre pendant quelque temps à mon observation, avant de l'opérer; et comme après quelques jours de séjour à l'hôpital, elle me dit qu'elle n'a plus de pertes de sang, mais une diarrhée abondante, je cherche à m'assurer si c'est réellement de la diarrhée, ou bien si c'est l'écoulement muqueux qui accompagne le bourrelet hémorrhoïdal. Mais, quoique j'aie gardé la malade jusqu'au 5 juin, c'est-à-dire un mois, je n'ai pu m'en assurer, parce qu'il y avait toujours des matières fécales; cependant, je reste certain que les selles fréquentes étaient dues à la présence de l'écoulement muqueux.

Le bourrelet hémorrhoïdal est recouvert en grande partie par la peau; circonstance importante à noter pour l'opération et ses conséquences. Il forme une tumeur circulaire avec de très-petits renflements.

Le 5 juin, je pratique la cautérisation. Avant l'éthérisation, je fais sortir le bourrelet pour le traverser de chaque côté avec un fil double. Cette partie de l'opération doit toujours être pratiquée avant l'éthérisation, parce qu'elle nécessite la coopération du malade pour pousser les hémorrhoïdes au dehors. Cette femme a eu de la peine à subir l'influence de l'éther, de sorte qu'elle s'est un peu remuée pendant l'opération. J'ai introduit deux fois le cautère en roseau chauffé à blanc, et j'ai ensuite appliqué le cautère conique à sommet tronqué. Mais cette première application n'a pas suffi pour détruire les tumeurs enveloppées par la peau, et j'ai été obligé de le réappliquer à deux fois sur ces tumeurs, de le promener sur elles, et de l'y laisser séjourner.

La malade a souffert pendant toute la journée; et elle a eu surtout de fréquents besoins d'uriner, des ténesmes vésicaux, comme les hommes, circonstance qui prouve que malgré la différence de rapport de la vessie et du rectum dans les deux sexes, il y a une corrélation sympathique. Elle a une garderobe solide; elle a pris des bouillons.

Le 6, la malade n'a pas dormi pendant la nuit. Cependant elle est bien et n'a pas de fièvre. Les escarres les plus cautérisées se détachent déjà. J'ordonne deux bains de siége, des bouillons, des potages et du vin.

Le 7, la journée du 6 a été bonne, sans selles, sans ténesmes vésicaux et sans fièvre. Les escarres se détachent, et la plaie est en voie de suppuration: il y a à peine de l'inflammation. Je donne une portion d'aliments.

Le 8, la malade est sans douleur et sans fièvre. Elle a très-bien dormi. La plaie suppure; j'augmente la quantité des aliments.

Le 9, la malade a deux garderobes: la première peu douloureuse, la

deuxième très-douloureuse, parce que les matières sont liées et dures, cette femme n'ayant pas eu de selles depuis le 5.

Le 10, l'état de la malade continue à être bon. Le 14, je mets la mèche parce que les escarres sont tombées. Les portions du bourrelet qui appartiennent à la peau restent grosses et saillantes. Dans l'intervalle de temps qui s'est écoulé depuis ce jour jusqu'à la guérison complète, j'ai été obligé de donner plusieurs fois des purgatifs à cause de la dureté des matières fécales et de la douleur des garderobes.

La malade est sortie de l'hôpital le 10 juillet, trente-cinq jours après l'opération. Elle a repris sa fraîcheur, mais elle conserve encore un peu de teinte jaune à la peau. L'anus présente à droite et en arrière une tumeur cutanée du volume du bout du petit doigt; cette tumeur molle commence à se flétrir. Du côté gauche, il y a deux petites tumeurs, qui ont chacune au plus le tiers du volume de la précédente. Les garderobes sont naturelles, faciles et sans douleur.

J'ai revu l'opérée le 21 juillet, onze jours après sa sortie de l'Hôtel-Dieu; les tumeurs qui restaient sont totalement flétries.

Je ne ferai aucune remarque sur ces deux derniers faits, ils sont la conséquence du premier. Mais si, pour tirer une conclusion de tout ce qui a été dit, nous comparons la description du bourrelet hémorrhoïdal avec les trois faits, et si nous appliquons le traitement aux diverses espèces de bourrelets hémorrhoïdaux décrits, nous voyons :

1° Que les bourrelets hémorrhoïdaux, dont étaient atteints les individus qui font le sujet des trois observations, appartiennent aux diverses espèces que j'ai admises quant à la structure, et qu'ils ont présenté les symptômes indiqués, savoir : l'écoulement de sang et l'écoulement muqueux ;

2° Que les individus malades étaient parvenus à des phases différentes des effets occasionnés par l'existence des bourrelets hémorrhoïdaux;

3° Que la cautérisation du bourrelet hémorrhoïdal a produit chez les trois individus les mêmes phénomènes et a procuré une guérison parfaite.

Nous pouvons donc en conclure que la cautérisation, faite d'après la méthode que j'ai décrite et pratiquée, pourra procurer dans tous les cas la guérison des bourrelets hémorrhoïdaux, sans exposer les opérés aux chances fâcheuses et quelquefois mortelles des autres méthodes.

Ph. Boyer.

CONSIDÉRATIONS NOUVELLES SUR L'ÉTIOLOGIE ET LE TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS.

La gravité de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, les conséquences irréparables de cette affection dans les cas où elle n'est pas

traitée énergiquement et avec succès, sont connues de tous ceux qui ont observé sur nature et non dans les livres cette désolante maladie. Pour bien assurer notre point de départ, nous devons prémunir les praticiens contre une erreur trop souvent commise, et qui fausse le jugement de plusieurs médecins à l'égard de la gravité réelle de l'ophthalmie purulente. Or, il faut bien en convenir, souvent de simples conjonctivites catarrhales ou granuleuses, par ce seul fait qu'elles survenaient chez des enfants nouveau-nés, ont été prises pour des ophthalmies purulentes, et vous trouverez un certain nombre de praticiens qui, ayant eu le bonheur de rencontrer, surtout dans la pratique privée, des affections de cette nature, qu'ils ont décorées du nom d'ophthalmies purulentes, se sont fait, de la gravité de l'affection et de l'efficacité des traitements les plus insignifiants, des idées tout à fait erronées. Mais, depuis que M. Chassaignac a constaté l'existence d'un produit caractéristique, non qu'il soit tout à fait exclusif à l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, mais parce qu'il n'existe au même degré dans aucune autre ophthalmie, il ne sera plus permis de confondre les phlegmasies catarrhales si fréquentes chez les jeunes enfants et la véritable ophthalmie purulente. Pour nous, l'ophthalmie purulente des nouveau-nés sera celle qui s'accompagne de l'existence de la pseudo-membrane, c'est-à-dire une affection purulente et diphtéritique à la fois. Dès lors, on ne verra plus ce dissentiment entre les auteurs sérieux qui vous affirment que dans les hôpitaux ophthalmiques on observe journellement la destruction de l'organe de la vue, et des praticiens fort estimables, mais qui n'ayant observé que des ophthalmies non diphtéritiques, ou ne les ayant examinées qu'à leur début dans des maternités, où le séjour de la mère et de l'enfant n'excède pas le huitième jour de la naissance, vous affirment avec sincérité, mais en se trompant sur les suites de la maladie dont ils ont observé le commencement, qu'ils n'ont jamais eu à regretter la destruction des yeux chez un seul enfant. Ce ne sont pas eux qui ont été témoins de cette destruction, parce que c'est rarement dans les huit premiers jours de la naissance qu'elle a lieu, et que souvent même elle n'est pas accomplie au quinzième jour; mais ce sont ceux qui ont suivi ces enfants dans les périodes ultérieures de quelques semaines et de quelques mois à la naissance, qui ont été témoins de ces redoutables suites de l'ophthalmie purulente. Il n'y a donc, dans les assertions contradictoires émises au sujet des maux d'yeux chez les enfants nouveau-nés, aucune mauvaise foi, aucun reproche à faire à personne; mais il y a erreur dans l'appréciation des périodes d'une même affection, et changement d'observateurs; les uns, ce sont les accoucheurs, observant le

petit malade immédiatement après la naissance et dans les premiers jours; les autres, ce sont les médecins et les chirurgiens, souvent appelés quand la maladie est déjà irremédiable. Il faut dire encore, pour expliquer la différence des assertions entre ceux qui ont avancé qu'ils guérissaient beaucoup d'ophthalmies purulentes et ceux qui soutiennent que l'on perd beaucoup d'yeux par cette affection, qu'il y a une différence énorme entre les caractères et la marche de la maladie, suivant qu'on l'observe dans les différentes classes de la société. Chez des enfants isolés, elle est fort rare, surtout parmi les personnes riches; tandis que dans les classes pauvres, l'absence de soins et de propreté, une alimentation viciée, soit par le genre de vie de la mère assujettie à de nombreuses privations, soit par les écarts de régime de celle-ci, l'air humide et vicié par l'agglomération des individus dans un petit espace, donnent à l'affection un caractère effrayant de gravité.

On comprendra toute l'importance que nous devions attacher, au point de vue thérapeutique, à faire ressortir les différences qui existent entre la véritable ophthalmie purulente diphtéritique, et ces maux d'yeux d'une nature infiniment moins grave qui s'observent aussi chez des enfants nouveau-nés; car c'est le seul moyen d'apprécier sainement la valeur des diverses méthodes. On conçoit, en effet, que soit que l'ophthalmie purulente se montre dès son début comme une maladie *sui generis*, soit que des inflammations d'abord bénignes et ordinaires de l'œil chez l'enfant nouveau-né puissent, par le défaut de soins convenables, se convertir en ophthalmie purulente réelle, toujours est-il que, abstraction faite de la question d'origine et de mode de production, nous devons tracer une séparation profonde entre l'ophthalmie purulente dipthéritique caractérisée des nouveau-nés, et les autres ophthalmies qui s'observent dans les premiers jours qui suivent la naissance.

Afin de bien préciser les caractères de l'affection dont nous voulons aujourd'hui étudier la thérapeutique, nous ferons connaître, par quelques citations, l'opinion motivée de quelques ophthalmologistes sur la gravité de cette affection. Voici comment l'auteur d'un des traités d'ophthalmologie les plus pratiques que nous possédions, M. Mackensie, s'exprime en plusieurs passages de son excellent Traité sur les maladies des yeux : « Vers le douzième jour, la cornée tend à s'infiltrer de pus, son tissu se détruit avec rapidité, et la membrane donne d'abord issue par ulcération au pus épanché entre ses lamelles; ensuite elle se perfore dans toute son épaisseur, et cela tantôt dans un point seulement, tantôt dans la presque totalité de son étendue; de sorte que quelquefois on rencontre seulement un petit ulcère perforant avec hernie de l'iris,

tandis que, dans d'autres cas, toute la cornée est détruite, l'iris est mis à nu, et les humeurs de l'œil font saillie à travers la pupille. Souvent le cristallin s'échappe. Une pauvre femme de Paisley, qui s'était fiée à l'opinion de sa sage-femme, que cette maladie était commune et sans danger, m'apporta son enfant, âgé de cinq semaines. Elle avait apporté dans un chiffon le cristallin gauche sec et ratatiné, qui était sorti le matin à travers la cornée ulcérée. Je le plaçai dans l'eau pendant quelques heures, au bout desquelles il était gonflé et transparent. Il était renfermé dans sa capsule. Quelques débris du cristallin ayant été soumis au microscope, la texture fibreuse fut tout à fait évidente. La cornée droite était opaque et en partie ulcérée.

« Et c'est une chose triste que la fréquence de la destruction de la vue par cette maladie.... Il n'arrive que trop souvent que des médecins se livrent à cette fausse supposition qu'il n'y a rien de dangereux dans la maladie, jusqu'à ce qu'enfin ils voient la cornée s'ouvrir et les yeux détruits pour jamais. *Beaucoup* d'enfants m'ont été présentés dans cet état ; mais le plus déplorable exemple de cette maladie, dont j'aie été témoin, est celui d'enfants jumeaux du comté de Pertshire, pour lesquels j'ai été consulté il y a quelque temps. Un des enfants avait complétement perdu la vue des deux yeux, tandis que l'autre avait conservé une vision très-imparfaite dans un seul œil.

« Les enfants atteints de cette ophthalmie sont de mauvaise humeur et souffrants. Ils dorment mal pendant la nuit. La langue est blanche, et les intestins dérangés. Si la maladie est négligée, l'enfant maigrit, et la peau devient lâche et altérée dans sa couleur.

« Si l'on a laissé la maladie s'établir pleinement, et qu'on n'ait rien fait pour arrêter ses progrès pendant huit jours ou davantage, sa durée est souvent longue : il s'écoule six, huit et même dix semaines avant qu'elle soit complétement guérie. »

Ajoutons à ce qui précède que la plupart de ceux qui se sont occupés des aveugles-nés ont prouvé que le plus grand nombre des cécités de naissance était dû à l'ophthalmie purulente.

Il ne fallait pas moins que l'autorité qui s'attache aux citations que nous venons de faire, et la mention de faits particuliers bien précisés, pour désabuser 1° ceux qui se font illusion sur les dangers et les suites déplorables de l'ophthalmie purulente ; 2° ceux qui, perdant de vue les jeunes malades au septième ou huitième jour de la naissance, c'est-à-dire à une époque où l'ophthalmie est encore pour beaucoup d'enfants dans sa période de bénignité, pensent que l'inflammation n'a pas eu d'autres suites ; 3° enfin ceux qui, n'ayant observé cette ophthalmie que hors des hôpitaux ou dans des classes aisées de la population, où

aucun des soins hygiéniques propres à enrayer la maladie n'a été négligé, n'ont observé cette affection que sous ses formes les moins dangereuses.

Ce qui désormais permettra d'éviter toute confusion entre l'ophthalmie purulente réelle et les autres inflammations de l'œil chez les enfants nouveau-nés, c'est l'existence de ce caractère, échappé jusqu'à présent aux observateurs, et qui repose sur un fait donnant lieu à des inductions thérapeutiques de la plus haute importance, nous voulons parler de la pseudo-membrane qui se forme à la surface de la conjonctive. C'est, nous devons le faire remarquer, un fait qui eût dû être soupçonné bien avant que l'observation directe en eût démontré l'existence. En effet, si, dans les premières périodes de la vie, les fausses membranes se développent avec tant de facilité sur les autres muqueuses, pourquoi la conjonctive serait-elle seule à ne pas présenter ce caractère des phlegmasies infantiles? Autre considération : on voit survenir dans les infirmeries d'enfants nouveau-nés ou dans les maternités, d'une manière coïncidente, le muguet, affection à production accidentelle, et l'ophthalmie purulente. Cette remarque a été formulée par M. le docteur Laborie, qui assure que ces deux affections se montraient presque toujours à la suite l'une de l'autre, à la clinique d'accouchement de la Faculté ; si bien que M. le professeur P. Dubois ne manquait jamais d'annoncer, lorsqu'il avait observé dans le service quelques cas de muguet, que l'on verrait avant peu apparaître aussi des cas d'ophthalmie purulente.

Dans le service de M. Chassaignac, à l'hôpital des Enfants-Trouvés, nous avons constaté, sur un bon nombre d'enfants atteints d'ophthalmie purulente, la coexistence du muguet avec cette ophthalmie. Ainsi donc, les faits de simultanéité des deux affections chez les mêmes enfants, ou l'apparition sur des enfants distincts, mais dans le même temps, des deux affections, pouvait conduire à supposer une sorte d'identité de nature entre elles, du moins quant à l'existence d'un produit accidentel dans les deux cas, ce qui les rapprochait de l'angine couenneuse du croup, etc.

Mais ce que le raisonnement pouvait conduire *à priori* à supposer, M. Chassaignac l'a démontré d'une manière positive. Comme il s'agit moins pour nous d'une question de pathogénie ou d'anatomie pathologique que d'une question ayant trait aux indications; nous n'entrerons pas dans de longs détails sur les caractères de cette fausse membrane. Disons, avant tout, la manière dont M. Chassaignac s'y prend pour en constater l'existence, c'est le seul moyen de mettre chacun à même d'étudier les caractères indiqués. C'est probablement pour n'avoir pas

observé de cette manière les yeux des nouveau-nés que l'on n'avait pas vu jusque-là ce qui devient si évident quand on procède convenablement à cette recherche. Le moyen d'investigation est en même temps le moyen de traitement; car, en faisant reconnaître la fausse membrane, il fournit l'indication et le moyen de l'extraire, et, d'un autre côté, pendant qu'il rend perceptible la fausse membrane, il agit sur la conjonctive de manière à modifier profondément son état inflammatoire.

Lorsque, sur un enfant dont l'écoulement des paupières fait supposer, d'après l'aspect offert par le produit de sécrétion, qu'il existe une ophthalmie purulente, on veut constater l'existence de la fausse membrane décrite par M. Chassaignac, on commence par soumettre à l'action d'une chute d'eau l'extérieur des paupières; et après avoir complétement débarrassé les cils de la matière purulente et muqueuse qui y adhère et qui les réunit en pinceaux triangulaires, on écarte les paupières en appliquant sur leur surface externe, et dans les cas où l'occlusion de l'œil est plus serrée, à leur surface interne, deux élévateurs mousses. Si, les paupières étant ouvertes et renversées, on laisse écouler goutte à goutte ou par un jet fin une certaine quantité d'eau, on reconnaît qu'il reste sur la surface de la conjonctive une couche grisâtre, tantôt d'aspect demi-transparent, tantôt d'un aspect tout à fait opaque et jaunâtre, qui indique évidemment que la toile qui tapisse la conjonctive oculaire et palpébrale est imprégnée de pus. Sous l'influence de ce lavage, continué pendant plusieurs minutes, la membrane, quand elle est demi-transparente d'abord, devient plus opaque et plus épaisse. Si le lavage est continué pendant dix à douze minutes, on parvient, par ce seul moyen, à amener le décollement complet de la membrane et son expulsion par le courant d'eau; c'est là le cas le plus rare, et cette élimination n'a lieu par la seule action de l'eau que quand la pseudo-membrane est épaisse et tout à fait opaque; mais, quand elle est transparente, ce ne serait qu'au bout d'un temps considérable que l'on parviendrait à la détacher par l'action de l'eau; c'est alors qu'il devient indispensable de s'aider de la pince à dissection. Sous l'influence de la douche conjonctivale, la membrane commence à se décoller par ses bords palpébraux : si alors on la saisit avec les pinces par un des points de son bord flottant, on parvient à l'enlever tout d'une pièce, pourvu qu'on ne produise le décollement que d'une manière graduelle et de proche en proche, autrement elle se déchire et on n'en retire que des lambeaux, ce qui oblige à des tentatives nouvelles, afin d'obtenir l'expulsion complète de tout ce qui faisait partie de la fausse membrane.

Dans les premières recherches, la pseudo-membrane une fois enlevée

n'avait pas paru se reproduire; et, en effet, sur plusieurs des petits malades, il est positif que cette reproduction n'a pas lieu, et qu'on ne trouve la pseudo-membrane qu'une seule fois; mais sur d'autres elle se reproduit jusqu'à deux ou trois fois dans les 24 heures et même les deux ou trois premiers jours; néanmoins il est jusqu'ici sans exemple que passé le troisième jour, si elle est enlevée lors de chaque douche, elle se soit reproduite.

Dans tous les cas où cette pseudo-membrane est enlevée avec soin, la marche de l'ophthalmie purulente se modifie d'une manière remarquable, à partir du moment de cette ablation. Si on attend qu'elle se détache spontanément ou du moins par les soins ordinaires, tels que le lavage à la seringue, instillation de collyre, etc., la moindre altération que puisse subir la conjonctive par le contact prolongé de la fausse membrane, c'est un état comme fongueux de sa surface qui semble, à raison des plis multipliés qu'elle forme, avoir augmenté d'étendue, être trop grande pour tapisser la cavité oculo-palpébrale et ne plus pouvoir être contenue qu'avec peine dans l'espace qui lui est ordinairement réservé. On voit dès lors toute l'importance qu'il faut attacher à débarrasser l'œil d'emblée de ce corps étranger qui s'imbibe du pus à la manière d'une éponge, et dont la présence entre pour beaucoup dans les nombreuses et graves conséquences que peut avoir l'ophthalmie purulente.

L'enlèvement complet des produits de sécrétion morbide, soit que sous forme solide ils constituent la fausse membrane, soit que sous forme liquide ils constituent le pus ou le mucus, est donc la première indication à remplir.

Nous ferons à présent connaître la manière dont le système d'irrigation oculaire et des douches conjonctivales a été conçu et appliqué à l'hôpital des Enfants-Trouvés par M. Chassaignac. Un réservoir de la contenance de 30 à 40 litres d'eau est fixé le long d'une des parois de la salle à une distance assez rapprochée d'une fenêtre pour que, pendant l'application de la douche, le chirurgien puisse observer à un jour assez net pour qu'aucune particularité de l'œil du petit malade ne puisse échapper à son observation. Ce réservoir est rempli d'eau filtrée; à sa partie inférieure se trouvent plusieurs robinets garnis de tubes en caoutchouc longs de deux mètres, terminés par un petit cône en cuivre percé au sommet d'un orifice de deux à quatre millimètres.

L'enfant est placé en face de la croisée sur un petit lit recouvert de toile cirée. On ouvre alors le robinet placé à la partie supérieure de l'un des tubes, et dont le degré d'ouverture est destiné à graduer la force

d'impulsion de la douche; le jet en est dirigé obliquement sur la fente palpébrale, jusqu'à ce qu'il ait débarrassé les cils de la matière puriforme amassée à leur base. Ce temps de la douche est le plus long ; il faut quelquefois plus d'un quart d'heure avant que les pinceaux ciliaires soient détergés complétement. On peut cependant seconder ce résultat à l'aide d'un petit linge fin. Cela fait, un aide ouvre alors les paupières du petit malade à l'aide d'un élévateur et d'un abaisseur, et le chirurgien dirige le jet aqueux dans l'intérieur de l'œil, de manière à venir frapper toujours obliquement tantôt sur la cornée, tantôt dans l'intervalle de chacun des replis que forme la conjonctive tuméfiée. La durée de la douche varie d'un quart d'heure à une demi-heure. Lorsque les yeux sont ainsi bien nettoyés, on instille entre les paupières quelques gouttes d'un collyre contenant 0,20 centigrammes de nitrate, ou 0,10 centigrammes de sulfate de zinc ou de cuivre par 30 grammes d'eau; puis le pansement se termine par une onction légère du bord libre des paupières, avec gros comme une tête d'épingle de pommade au précipité rouge. La même opération est répétée chaque soir et quelquefois au milieu de la journée par la sœur de service, qui nous a paru seconder avec un dévouement admirable le zèle de l'habile chirurgien. Cette terrible affection, fléau de l'enfance, est toujours jugulée dès la troisième douche; et pour montrer que la constance de ses résultats n'est pas moins remarquable que la promptitude de son action, nous dirons simplement que nous avons assisté aujourd'hui, 22 septembre, à la mise en traitement du quatre-vingt-dix-septième malade, et que pas un des enfants qui ont été soumis aux douches conjonctivales n'a eu à subir aucune de ces lésions nombreuses que laisse si souvent à sa suite l'ophthalmie purulente.

M. Chassaignac a expérimenté cette méthode de traitement sur plusieurs autres affections oculaires communes dans le service. Celles qui lui ont paru retirer des douches le plus de bénéfice, sont la blépharite ciliaire et la conjonctivite pustuleuse. L'action de l'eau froide, loin d'altérer la santé des petits malades, semble au contraire leur être très-utile. Il est un fait certain, c'est que ceux dont le traitement était terminé nous ont paru jouir d'un état de santé générale qu'étaient loin de partager ceux qui recevaient la douche pour les premières fois.

Dans la pratique, on ne peut prétendre organiser un appareil comme dans un hôpital. M. Chassaignac se sert habituellement d'un petit arrosoir d'appartement, dont le tube est terminé en entonnoir, et garni d'une canule en caoutchouc. Chez un enfant de la ville, que nous avons visité avec lui, la douche était donnée à l'aide du siphon de M. Marjolin, plongé dans un seau d'eau suspendu à l'espagnolette de la croisée. Le

tube de ces syphons est garni à sa partie moyenne d'un robinet qui peut servir à graduer le jet.

Nous félicitons sincèrement M. Chassaignac des modifications heureuses qu'il a introduites dans le traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, et pour montrer l'immense service que cet habile praticien a rendu à tous ces petits malheureux, il nous suffira de dire que sur ces quatre-vingt-dix-sept malades aujourd'hui guéris sans le moindre accident, plus de la moitié fussent devenus borgnes ou aveugles, s'ils n'eussent succombé aux réactions fonctionnelles qui souvent viennent compliquer cette maladie, qui règne endémiquement dans cet hospice.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR LA VALEUR RELATIVE DE L'HYDRATE DE SESQUI-OXYDE DE FER ET DE LA MAGNÉSIE, COMME CONTRE-POISON DE L'ACIDE ARSÉNIEUX.

Par M. J.-B. Caventou, professeur à l'École de pharmacie.

A propos d'une question de priorité relative à l'emploi de la magnésie, comme antidote de l'acide arsénieux, et que M. Chevalier traite dans le numéro d'août 1847 de son *Journal de Chimie médicale*, page 437, il ajoute : « Qu'il est probable que c'est par la présence du muriate « d'ammoniaque dans l'économie que le composé de magnésie et d'acide « arsénieux a encore de l'action. »

Ayant traité cette question dans mon cours de toxicologie à l'École de pharmacie dès le mois d'avril dernier, en m'appuyant d'expériences faites dans le but de l'éclairer ; je crois pouvoir affirmer que ce que M. Chevalier regarde comme probable est pour moi un fait incontestable. Sachant très-bien que les arsénites insolubles agissent comme poison lorsqu'ils sont ingérés depuis plus ou moins de temps et qu'on empêche les animaux de vomir, j'ai pensé que cette action toxique tenait à une cause qui déterminerait la solubilité de l'arsénite ; et me fondant sur la propriété connue du chlorhydrate d'ammoniaque de redissoudre facilement l'arsénite de chaux, j'ai cru qu'il en serait de même des arsénites de fer et de magnésie.

Or, on sait que la membrane muqueuse du tube digestif sécrète un liquide très-riche en chlorhydrate d'ammoniaque, et jouissant même d'une acidité souvent très-caractérisée ; il n'en faut donc pas davantage soit pour dissoudre les arsénites, soit pour les décomposer en éliminant tout ou partie de l'acide arsénieux, et déterminer alors l'empoisonne-

ment par l'absorption du toxique; car il est élémentaire en physiologie que l'absorption n'a lieu que sur des corps dissous.

Dans le but de jeter quelques lumières sur la faculté dissolvante du chlorhydrate d'ammoniaque à l'égard des arsénites insolubles et sur la valeur qu'on pouvait accorder à leurs bases comme contre-poison de l'acide arsénieux, j'avais chargé, dès l'année dernière, M. Personne, préparateur de mon cours à l'École de pharmacie, de précipiter par l'arsénite de potasse des dissolutions de sels de chaux, de magnésie et de fer peroxydé, et de tenir compte des quantités de solution concentrée de chlorhydrate d'ammoniaque nécessaires pour redissoudre chacun des arsénites insolubles formés; il a vu, toutes choses égales d'ailleurs, qu'il fallait employer pour les redissoudre une quantité de solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque équivalant à :

115 p. pour l'arsénite de chaux;
330 p. — — de magnésie;
600 p. — — de fer.

La conséquence de cette triple expérience comparative découle d'elle-même ; car, l'absorption étant en raison inverse de la facile dissolubilité du poison, il est évident que l'emploi de l'hydrate de sesqui-oxyde de fer comme antidote de l'acide arsénieux doit être préféré, à la condition, cela va sans dire, qu'on facilitera les vomissements après chaque prise de contre-poison. Je tiens donc au premier rang l'oxyde ferrique hydraté comme le plus efficace pour arrêter l'empoisonnement par l'acide arsénieux, et les pharmaciens feront sagement d'en avoir toujours de préparé dans leurs officines, comme je le recommande chaque année dans mon cours; mais je ne verrais aucun inconvénient à y joindre l'emploi de la magnésie, dont on aura toutefois constaté d'avance l'état de cohésion; car on sait que l'action de cette base trop calcinée est complétement nulle, ainsi que l'a remarqué Christison. La vertu purgative de la magnésie tendrait d'ailleurs à débarrasser l'économie, par les voies inférieures, de la quantité du poison qui aurait franchi le pylore.

FALSIFICATION DE L'ACIDE CITRIQUE PAR L'ACIDE TARTRIQUE.

Depuis longtemps les falsificateurs mêlent à l'acide citrique l'acide tartrique dont le prix est moitié moindre. Aujourd'hui que l'emploi de l'acide citrique est fort accru par suite de l'introduction du citrate de magnésie dans la thérapeutique, cette adultération paraît devenir plus fréquente. Bien qu'elle ne présente aucun danger, puisque le tartrate de magnésie a presque toutes les propriétés du citrate, il importe néanmoins que les pharmaciens se mettent en garde contre elle.

Pour reconnaître cette fraude, M. Gaffard vient de proposer l'eau de chaux. « On verse, dit-il, goutte à goutte dans une petite quantité d'eau de chaux une solution aqueuse et à peu près saturée de l'acide à essayer ; s'il se forme un précipité, on en déduira qu'on a affaire à de l'acide tartrique ; dans le cas contraire, on en conclura que l'acide citrique est pur. »

Quant à nous, nous reproduirons ici l'article de notre ouvrage (1) touchant la falsification de l'acide citrique, qui, plus explicite, prévoit à peu près toutes les adultérations de ce produit. « Le précipité formé dans un soluté d'acide tartrique par l'acétate de plomb ou le muriate de baryte, après saturation avec le carbonate d'ammoniaque, est soluble dans l'acide azotique dilué. Le soluté citrique n'est précipité par aucun sel de potasse, si ce n'est par le tartrate ; il est entièrement détruit par le feu, surtout si on le chauffe au contact de l'oxyde rouge de mercure.

« L'acide citrique retient souvent des traces de l'acide sulfurique qui a servi à sa préparation. Il peut être en outre falsifié avec de gros cristaux d'acide oxalique et surtout avec l'acide tartrique. Il peut aussi contenir de la chaux. Il contiendra de l'acide sulfurique, si une dissolution d'acétate de plomb ou de muriate de baryte donne un précipité non entièrement soluble dans l'acide nitrique. Les acides oxalique et tartrique pourraient être reconnus à leur cristallisation, si cette dernière était conservée ; mais les falsificateurs ont bien soin de détruire ce caractère en roulant les cristaux vrais et faux ensemble ; on est donc forcé d'avoir recours aux réactifs. On constatera la présence de l'acide oxalique et surtout de l'acide tartrique par une cristallisation d'oxalate ou de bitartrate de potasse, qui se produira en versant un soluté concentré de muriate ou d'acétate de potasse dans un autre soluté contenant environ une partie de l'acide suspecté dans quatre d'eau. On reconnaîtra encore la présence de l'acide tartrique si, après avoir saturé un soluté de l'acide en essai par un carbonate alcalin, on ajoute du chlorure de calcium liquide : le citrate de chaux restera en solution, à moins qu'on ne porte le liquide à l'ébullition, température à laquelle il se précipite, tandis que le tartrate de chaux se précipitera de suite. La chaux sera reconnue par la calcination qui la laissera comme résidu. »

REMARQUES SUR L'HYDROLAT DE LAURIER-CERISE.

M. Deschamps (d'Avallon) a cherché à déterminer 1° s'il était utile d'inciser et de contuser les feuilles de laurier-cerise destinées à la pré-

(1) *Officine*, 2e édition, p. 643.

paration de l'eau distillée, ce que ne recommandent pas toutes les pharmacopées ; 2° si l'on pourrait employer à la conservation de cette eau l'acide sulfurique qui jouit de la propriété de donner de la stabilité à l'acide cyanhydrique.

A cet effet il a préparé de l'hydrolat avec des feuilles entières et avec des feuilles incisées et contusées. L'hydrolat préparé avec les feuilles entières contenait par 30 grammes, malgré une macération de 18 heures, 0,01 d'acide cyanhydrique de moins que celui préparé avec les feuilles brisées.

Ce dernier, après sa préparation, contenait par 30 grammes, 0,0316 d'acide cyanhydrique. Cet hydrolat, additionné d'une très-faible quantité d'acide sulfurique, contenait, après onze mois de préparation, 0,032 d'acide cyanhydrique par 30 grammes, tandis que ce même produit, non acidulé, n'en contenait plus que 0,020 à 0,027.

De ces faits, M. Deschamps conclut qu'il est nécessaire d'inciser et de contuser les feuilles de laurier-cerise avant de les soumettre à la distillation ; que la proportion d'acide cyanhydrique contenue dans l'hydrolat diminue avec le temps ; qu'en ajoutant un cinquième ou un quart de goutte d'acide sulfurique à 100 grammes de cet hydrolat on assure sa conservation ; que cette quantité d'acide sulfurique ne peut nullement nuire à l'emploi du médicament.

Nous ferons remarquer que M. Deschamps est d'accord avec Christison sur la diminution de la quantité d'acide cyanhydrique dans l'hydrolat de laurier-cerise avec le temps ; d'après ce dernier il disparaîtrait même complétement. Mais ne faudrait-il pas croire, ainsi que nous l'avons fait remarquer ailleurs, que, dans les expériences de ces pharmacologistes, les produits n'ont pas été conservés avec tous les soins voulus ? En effet, il résulte d'une expérience de M. Huraut que l'hydrolat de laurier-cerise, conservé dans des flacons bouchés à l'émeri, ne perd aucunement de l'acide qu'il contient.

Quant à l'addition de l'acide sulfurique, proposée par M. Deschamps, sans dire qu'elle doive être admise pour le moment, nous ferons observer que Liebig a proposé cette addition pour la conservation de l'acide cyanhydrique lui-même, et que l'on suppose généralement que c'est à la présence d'un peu d'acide sulfurique que l'acide cyanhydrique, préparé par le procédé de Pessina, doit de se conserver mieux que celui obtenu par le procédé du Codex.

DORVAULT.

UN MOT SUR QUELQUES SUBSTANCES AMÈRES MISES EN CONTACT AVEC LE TANNIN.

La propriété qu'a le tannin de neutraliser la saveur amère du sulfate de quinine et de magnésie, en se combinant avec leurs bases, est un fait acquis à la science. Aussi le praticien doit-il, dans l'intérêt de la thérapeutique, s'assurer si cette action annihilante peut s'exercer sur d'autres substances dont l'amertume est due à un alcali, à une huile fixe ou volatile, à une résine, ou à un principe extractif.

Les recherches que je viens de faire à ce sujet m'ont démontré que, de toutes les substances amères que j'ai soumises à la réaction du tannin, aucune n'a été rendue insipide au même degré que le sont les sels de MM. Desvouves et Combe.

La chimie ne possède ni réactifs ni instruments qui puissent aider à déterminer si une plante a une saveur plus prononcée qu'une autre ; il faut, pour établir cette comparaison, avoir recours à la dégustation ; mais ce juge n'est pas toujours fidèle.

Je pense que, pour être plus précis dans ce genre de recherches, il est préférable d'employer les extraits aux infusions ou aux décoctions, car les extraits des substances animales ou végétales sont presque toujours identiques dans leur composition, tandis que les infusions et les décoctions, variant dans leur préparation, peuvent contenir plus ou moins de principes solubles.

Si on fait fondre dans 10 grammes d'eau distillée 4 grammes d'un des extraits suivants, et qu'on y ajoute 1 à 12 grammes de tannin, il ne s'opérera dans la dissolution aucun changement notable dans la saveur ; seulement la liqueur se troublera et formera un dépôt plus ou moins abondant. Ces extraits sont les extraits d'absinthe des jardins, brou de noix, chardon bénit, centaurée, coloquinte, cassia amara, columbo, fiel de bœuf, douce-amère, écorce d'oranges, feuilles d'artichaut, gentiane, houblon.

La teinture alcoolique d'aloès succotrin, mise en contact avec le même agent, n'éprouvera qu'un léger changement de couleur.

Stanislas Martin, pharmacien.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE L'OPIUM DANS LE TRAITEMENT DES GASTRALGIES CHRONIQUES.

Plus on avance dans la pratique de la médecine, plus on réfléchit, et plus on reste convaincu que c'est l'expérience clinique, l'observation

exacte des faits et les inductions judicieuses qu'on en tire qui sont les moyens les plus sûrs de hâter les progrès de la thérapeutique. *Medicina non est humani ingenii partus, sed temporis filia*, a dit avec un grand sens Baglivi. Aussi en médecine n'est-il point de minces sujets d'étude : chaque fait a sa valeur scientifique et pratique ; et nous devons savoir gré aux praticiens distingués de ne point dédaigner d'entrer dans les petits détails qui, comme le dit le docteur Valleix, ne paraissent futiles qu'à ceux qui ignorent toutes les difficultés de la thérapeutique.

J'ai donc lu avec beaucoup d'intérêt les considérations que cet habile médecin vient de présenter dans le *Bulletin général de thérapeutique* sur la gastralgie chronique et sur son traitement ; et je partage d'autant mieux les opinions de cet honorable confrère, que depuis longtemps j'ai été à même de vérifier la justesse de ses réflexions relativement à l'emploi des opiacés dans le traitement des gastralgies.

Depuis plusieurs années, en effet, je fais usage de l'opium pour calmer les phénomènes morbides résultant des troubles de l'innervation gastrique, quelque variés qu'ils soient dans leur forme. Et dans un Mémoire sur la gastrite, publié en 1842, je disais : « On ne devra se laisser arrêter ni par les vomissements de matières muqueuses qui surviennent ou le matin à jeun, ou après le repas ; ni par les douleurs que les malades ressentent sous l'impression des aliments même les mieux choisis, mais qui cèdent bientôt à une cuillerée à café de sirop d'opium prise immédiatement après le repas. »

Au reste, l'emploi de l'opium n'est point de date nouvelle dans le traitement des gastralgies ; car Comparetti avait trouvé que c'était un des remèdes les plus efficaces ; et M. Recamier, auprès duquel j'ai eu l'avantage d'être fixé pendant longtemps, l'employait assez fréquemment dans les mêmes cas, en l'administrant immédiatement avant le repas. A Nantes, il y avait autrefois un praticien distingué, le docteur Desplantes, dont les fils ont adopté la méthode, qui consiste à donner aux malades souffrants de l'estomac une cuillerée de sirop d'opium après chaque repas.

Aussi, lorsque M. le docteur Sandras proposa, il y a quelques années, cette médication comme nouvelle, je crus devoir adresser au *Bulletin de thérapeutique* une note à ce sujet.

Aujourd'hui, M. le docteur Valleix propose une formule différente qui lui a réussi dans plusieurs cas, et qui consiste à remplacer par l'acétate de morphine l'extrait aqueux thébaïque. A cela je n'ai point d'objection ; mais je dois dire que cette formule ne me paraît pas plus nouvelle que la précédente ; car j'ai vu, depuis longtemps déjà, des

ordonnances du docteur Bretonneau, qui, dans des névroses d'estomac, prescrivaient la morphine à très-petites doses, soit seule, soit associée à l'extrait aqueux thébaïque. Il est vrai que c'était sous forme pilulaire; mais je pense que ce praticien distingué doit, comme tous ses confrères, varier ses formules, et donner la morphine tantôt en pilules, tantôt dans du sirop ou dans une potion. Ce n'est pas à dire que je n'agrée pas avec reconnaissance la formule du docteur Valleix; car dans ces affections les rechutes sont fréquentes, et il est bon de n'avoir pas qu'un seul moyen à sa disposition (1). Voilà pourquoi, moi aussi, j'ai souvent varié le mode d'administration de l'opium, en l'associant tantôt à l'aconit, tantôt à la belladone, à la valériane, etc. Ce n'est donc pas, comme le dit le docteur Valleix, parce que je n'ai pas dans l'opium une entière confiance; mais bien parce que, dans certains cas, je voulais rendre plus puissante l'action de ce médicament, ou l'accommoder à différentes diathèses que je voulais principalement combattre. Il ne suffit pas, en effet, de savoir que l'estomac peut être lésé seulement dans sa vitalité; mais il importe beaucoup aussi de connaître si les dérangements purement nerveux de cet organe n'ont pas pour origine soit un principe goutteux et syphilitique, soit un principe rhumatismal ou dartreux. Car l'étude de ces états morbides généraux, de ces diathèses, que le médecin antique avait surtout cherché à approfondir, et que négligent trop les modernes, est féconde en résultats pratiques extrêmement importants, ainsi que je l'ai prouvé par des observations intéressantes empruntées à d'habiles praticiens, et insérées dans le Mémoire que j'ai déjà cité, p. 72 et suiv. Or, si ce n'était pas dépasser les bornes qu'impose un simple article du journal, je prouverais que l'opium employé seul est bien souvent insuffisant quand il s'agit de combattre les troubles de l'innervation gastrique. Ne serait-ce pas aussi parce que dans beaucoup de cas il est difficile, quoi qu'on en dise, même pour des praticiens exercés, de distinguer la véritable gastralgie d'une affection organique de l'estomac, et peut-être quelquefois aussi la gastrite de la gastralgie? Et ce n'est pas sans raison, suivant moi, que le docteur Gintrac nous dit : « Une longue observation m'a appris que la véritable gastralgie est une affection rare, tandis que les effets de la gastrite chronique sont d'une extrême fréquence. Je suis convaincu par des faits nombreux que, depuis quelques années, beaucoup de médecins méconnaissent l'état phlegmasique de l'estomac, état qui, sous le

(1) De tous les opiacés, la codéine est celui qui a été le plus spécialement préconisé.

(*Note du rédacteur.*)

règne, si l'on peut ainsi parler, de la doctrine physiologique, était vu toujours et partout » (1).

Il est certain du moins que l'excitation nerveuse qui accompagne les phlegmasies de l'estomac peut très-bien prédominer, sans que celles-ci aient entièrement disparu. Voilà pourquoi, dans beaucoup de cas, une application de sangsues soit à l'anus, soit au creux de l'estomac, rend cet organe plus sensible à l'action de l'opium en détruisant l'éréthisme nerveux, ou en modérant l'énergie du cœur. Nous savons, en effet, qu'une contre-indication à l'emploi de l'opium est la pléthore sanguine, la diathèse inflammatoire. Cullen, dans son Traité de matière médicale ; Hufeland, dans un Mémoire sur l'emploi de l'opium (Revue médicale), ont mis cette vérité hors de doute, et le professeur Gintrac, de Bordeaux, n'a fait que confirmer ce qu'ils avaient avancé, en disant « que l'opium est sédatif de l'élément nerveux et stimulant de l'élément vasculaire. »

Je ne citerai point ici d'observations particulières pour corroborer des assertions que chaque médecin est à même de vérifier tous les jours dans sa pratique ; mais j'insisterai sur un moyen que j'emploie généralement en même temps que l'opium, et qui m'a procuré de nombreux succès. Nous savons que, dans les gastralgies opiniâtres, chaque praticien a proposé des moyens plus ou moins énergiques, parmi lesquels je citerai surtout la cautérisation transcurrente et le caustique de Vienne. Une médication, qui n'est peut-être pas moins douloureuse, mais qui effraye beaucoup moins les malades, c'est la pommade stibiée. Je l'emploie à un degré bien supérieur en énergie à la formule du Codex : ainsi je la fais préparer avec tartre stibié 6 grammes, pour axonge 12 grammes. Les malades ne tardent pas à en ressentir les effets ; car après quatre à cinq frictions, l'épigastre est couvert de boutons. Eh bien ! sous l'influence de cette double médication, l'opium et les frictions stibiées, j'ai souvent obtenu des guérisons rapides et durables. M. Derchamp, de Lugand, vint me consulter, il y a environ trois ans, pour des vomissements qui, depuis dix-huit mois, avaient résisté à l'emploi d'un grand nombre de moyens, et qui l'avaient réduit à un état de maigreur effrayant. Un régime froid, de la bière pour boisson, une cuillerée de sirop d'opium immédiatement après le repas, et des frictions sur la région épigastrique avec la pommade stibiée, opérèrent une guérison radicale et qui ne s'est pas démentie depuis. Je pourrais citer d'autres exemples de gastralgie guérie par les mêmes moyens. Mais des faits semblables se présentent si souvent dans la pratique,

(1) *Mémoire sur l'influence de l'hérédité.*

qu'il suffit de les indiquer en passant pour mettre les praticiens à même de fixer leur opinion à ce sujet. Je dois pourtant faire remarquer ici qu'il importe quelquefois de varier le mode d'administration du narcotique. Mme N..., institutrice, souffrait depuis longtemps d'une gastrite qui ne lui permettait pas de garder ses aliments. Le sirop d'opium, le sirop de morphine, l'aconit, avaient échoué; un *sirop de valériane* avec l'extrait aqueux thébaïque me réussit merveilleusement. Enfin, un autre point non moins important, c'est de faire prendre le sirop opiacé immédiatement après le repas, ainsi que l'a recommandé le docteur Barras. M. l'abbé V., grand-vicaire à l'évêché de Nantes, ne vivait depuis longtemps que de fécules, qui n'étaient plus supportées. Les frictions avec la pommade stibiée et le sirop opiacé permirent bientôt à son estomac de digérer des bifsteks et des côtelettes. Les vomissements ayant reparu quelques mois plus tard, il reprit en vain le sirop qui lui avait si bien réussi une première fois. En cherchant la cause de cet insuccès, je la trouvai dans la manière dont il faisait usage du sirop opiacé. Il ne commençait en effet à le prendre qu'au moment de la manifestation des douleurs. Je changeai alors ce mode vicieux d'administration, et les vomissements cessèrent, ainsi que les douleurs, pour ne plus reparaître.

Au reste, il est bien rare, quelque méthode que l'on emploie, qu'il ne survienne pas de rechutes au bout d'un temps plus ou moins long. Les observations recueillies dans les hôpitaux, où l'on perd de vue les malades dès qu'ils se trouvent soulagés, pourraient faire croire à des cures radicales ; mais, quand on suit les malades dans la pratique civile, on s'aperçoit promptement que le moindre écart de régime rend les rechutes nombreuses, ce qui justifie cet aphorisme de Johnson : « Qui « regiminis diætetici legibus se obligare nolunt aut nequeunt, ægerrimè « cardialgia consanescunt. » Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, M. L., d'un tempérament sec et nerveux, d'un caractère irascible et morose, fit usage, pour une gastralgie chronique, du sirop opiacé et de la pommade stibiée sans beaucoup d'avantage. Etant allé à Tours, il consulta M. Bretonneau qui lui fit prendre des pilules de morphine. Pendant deux mois le malade se trouva parfaitement bien. Mais les vomissements ayant reparu, la morphine n'eut plus d'action. Des pilules purgatives ayant été administrées, les opiacés retrouvèrent leur première vertu.

Les cas de ce genre ne sont pas rares, et ils prouvent deux choses : c'est, d'abord, que les rechutes sont assez fréquentes; et, en second lieu, c'est que, pour réussir, les médicaments ont besoin de trouver un organisme sensible à leur action, ce que l'on n'obtient souvent qu'en le

modifiant, c'est à-dire en faisant disparaître quelques épiphénomènes qui viennent compliquer la maladie, en s'associant à elle soit comme symptôme, soit comme élément séparable. Ainsi M. Récamier rend quelquefois l'organisme sensible aux affusions fraîches en faisant prendre auparavant au malade quelques cuillerées de café, ou quelques grains de musc.

Pour nous résumer donc, nous dirons que, dans les gastralgies, l'opium, comme l'a expérimenté le docteur Valleix, est un médicament très-précieux et qui rend d'éminents services sous quelque forme qu'on l'emploie ; qu'il est parfois utile de substituer une préparation à une autre ; mais qu'il importe par-dessus tout, lorsque ce médicament ne réussit pas, d'en surveiller le mode d'administration, et d'écarter les diverses complications qui pourraient s'opposer au succès d'un agent thérapeutique dont on ne retire souvent un avantage marqué qu'après ou pendant l'emploi d'autres moyens plus ou moins énergiques.

PADIOLEAU, D. M.
à Nantes (Loire).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité complet de l'hystérie, par H. LANDOUZY, *professeur à l'École de médecine de Reims, ancien interne à l'Hôtel-Dieu de Paris, lauréat et membre correspondant de l'Académie de médecine. membre honoraire de la Société anatomique de l'Académie médico-chirurgicale de New-York*, etc. ; ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine.

« L'utérus est une mauvaise poire tapée », disait dans un langage peu scientifique Georget, et il est parfaitement absurde de placer dans ce viscère le point de départ de l'hystérie. Cependant, avant que Georget se fût exprimé d'une manière aussi explicite sur ce point de pathologie, et depuis Georget, beaucoup de médecins se sont accordés à placer dans l'appareil génital de la femme le siége de la névrose dont nous nous occupons en ce moment. Nous dirons de suite que c'est aussi à cette doctrine que se rallie M. le docteur Landouzy, parce que c'est surtout là l'idée capitale de son livre, et à la défense de laquelle il a consacré un remarquable talent de discussion.

Bien que M. Landouzy, qui appartient à l'école qui a mal compris la logique applicable aux sciences dites d'observation, eût varié par une force plus puissante que les traditions de l'école, l'instinct de l'intelli-

gence, il ne s'est pas renfermé exclusivement dans l'étude des faits, i ne s'est point interdit l'usage des données physiologiques, psychologiques, étiologiques que lui fournissait la science, et c'est appuyé sur cette double base qu'il s'est efforcé de tracer une monographie complète de l'hystérie. Il nous siérait mal, après le jugement solennel qu'a porté sur ce livre l'Académie royale de médecine, de combattre l'idée fondamentale sur laquelle il repose ; cependant, nous l'avouerons, ayant lu avec attention l'ouvrage du savant médecin de Reims, il nous est resté des doutes sur la vérité de la doctrine qu'il soutient. Ce n'est pas que la doctrine opposée soit mieux démontrée pour nous, bien que l'étude sérieuse de l'étiologie de la névrose hystérique fasse découvrir de puissants arguments en sa faveur ; non, nous en conviendrons avec humilité, dans l'état actuel de la science, la question du siége de l'hystérie ne nous paraît pas résolue. L'obscurité qui enveloppe les fonctions du système nerveux nous cache également le mécanisme des perturbations qui surgissent dans les maladies du côté de cet appareil. Dans les affections mêmes où l'anatomie pathologique nous permet de saisir des lésions appréciables à nos moyens actuels d'investigation, nous sommes convaincu que ces lésions ne sont qu'une autre symptomatologie, mais ne constituent pas la maladie elle-même. Il en est incontestablement ainsi, par exemple, de la folie et de ses formes variées, de l'épilepsie, etc. ; c'est plus loin que ces lésions, qu'est la maladie proprement dite. Voilà pourquoi la maladie existe si souvent sans ces lésions, ou avec des lésions de siége et de nature essentiellement différents. Du reste, nous le répéterons, l'ouvrage de M. Landouzy est un ouvrage remarquable, et peut-être est-il appelé à concourir à la solution de la question que nous disons n'être pas résolue.

Pour mettre dans tout son jour l'argumentation large, féconde de M. Landouzy, nous ne saurions mieux faire que de citer un résumé fait par l'auteur lui-même des raisons qui lui paraissent victorieusement démontrer la vérité de sa doctrine ; voici ce résumé : « Qu'on se rappelle, dit-il, ce point de départ si fréquent des douleurs aux régions ovarique et utérine ; ces mouvements automatiques des malades portant constamment la main à l'hypogastre ; ces nombreux cas d'hystérie déterminée par des désordres matériels de l'utérus et des ovaires, ou par le toucher direct de ce premier viscère, ou par des troubles physiologiques de l'innervation utérine ; ces paroxysmes cessant dès que cesse la stimulation des organes génitaux, reparaissant dès qu'elle reparaît ; cette relation si fréquente entre l'hystérie et les tumeurs du sein ; ce rapport si fréquent entre l'état de la menstruation et l'état des accès ; ce type particulier des coliques hystériques ; ces influences sexuelles si

évidentes ; cette habitude hystérique à défaut des paroxysmes, chez les femmes atteintes d'affection utérine ; enfin, cette analogie si manifeste entre les symptômes généraux de l'hystérie et ceux de la métrite et de l'éclampsie puerpérale ! Qu'on médite toutes ces circonstances, et on restera convaincu que l'appareil génital est souvent la cause, et toujours le siége de l'hystérie. »

Nous ne saurions, sans nous engager dans une discussion qui nous entraînerait beaucoup trop loin, soumettre à une critique rigoureuse chacun de ces arguments : nous devons dire, cependant, pour ne plus revenir sur ce point, que plusieurs de ces arguments sont plus spécieux que solides. En vérité, par exemple, nous n'avons jamais remarqué que les femmes, atteintes d'une affection de l'utérus, fussent plus sujettes à ce qu'on appelait autrefois hystéricisme, que les gastralgiques, les tuberculeuses ou les chlorotiques. En vérité encore, nous connaissons un grand nombre de femmes dans toute condition de tempérament, de passion, de vie matérielle ou morale, qui souffrent à chaque période menstruelle des douleurs parfois très-vives dans la sphère génitale, et qui n'ont jamais éprouvé le moindre accident hystérique, etc. Donc, à nous borner à cet unique point de vue, la thèse de M. Landouzy est susceptible d'être sérieusement controversée, et nous sommes convaincu que plusieurs de nos lecteurs, continuant ce que nous avons commencé, arriveront au moins à hésiter sur la question.

Nous regrettons de nous être autant étendu sur cette partie du livre de M. Landouzy, parce que si, sur cette question capitale, nous avons dû faire nos réserves, et mêler autant la critique à l'éloge, il n'en est plus de même pour les autres parties qui, en général, sont parfaitement traitées. C'est ainsi que le tableau de la maladie est admirablement tracé, que la question de l'étiologie surtout est traitée avec une remarquable clarté. Dans cette partie de son livre, M. Landouzy a rencontré un certain nombre de questions délicates, que beaucoup de médecins résolvent avec une frivolité indigne de la gravité du ministère médical. Le médecin de Reims a apporté dans cette discussion autant d'indépendance que de gravité ; nous l'en félicitons sincèrement. La question de la thérapeutique est également traitée avec tous les développements que commande l'importance du sujet ; et c'est par là surtout, nous le voyons, que ce livre se recommande aux praticiens. C'est aussi dans la conviction où nous sommes qu'ils trouveront là un guide aussi sûr qu'éclairé, que nous n'hésitons pas à appeler leur attention sur un ouvrage qui brille à la fois par la clarté de son exposition et la sagesse de la pratique à laquelle il conclut.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De la difficulté du diagnostic des tumeurs lorsqu'elles siégent sur le trajet de l'une des sutures du crâne. — L'on ne sait pas assez généralement avec quelle réserve il convient d'attaquer les tumeurs enkystées qui siégent au cuir chevelu, lorsqu'elles sont congéniales et occupent l'une des régions correspondant aux points qui, à l'époque de la naissance, forment ces espaces membraneux, nommés fontanelles. Nous en dirons autant des tumeurs situées sur le trajet des sutures. Les annales de la science contiennent cependant quelques exemples d'encéphalocèle prise pour un simple kyste; le résultat des opérations tentées, qui le plus souvent a été rapidement fatal, doit toujours être présent à l'esprit du praticien. Dernièrement encore un des chirurgiens distingués des hôpitaux présenta à la Société de chirurgie une petite fille de deux ans, portant au-dessus de l'apophyse montante du maxillaire supérieur une petite tumeur sur la nature de laquelle n'étant pas bien fixé, il pria ses collègues d'examiner la petite malade avec lui. M. Robert, appelé le premier à donner son avis, se rappelant un cas d'encéphalocèle située dans la même région, que Breschet lui avait cité, en présence des battements que cette tumeur présentait, et bien qu'elle ne se réduisît point par la compression, émit l'opinion que cette grosseur pouvait bien être une hernie du cerveau. Aucun des autres membres ne partagea cet avis; tous, au contraire, furent unanimes pour admettre, avec le chirurgien qui avait présenté la malade, l'existence d'une tumeur fongueuse sanguine. Le lendemain, le traitement convenu fut mis à exécution, et à la séance suivante on apportait la tête de l'enfant, qui avait succombé huit jours après l'application d'un séton à la base de la tumeur. L'autopsie démontra que c'était une encéphalocèle partant de la gouttière ethmoïdale, qui était venue faire hernie à l'angle interne de l'œil. Moreau a présenté, il y a bien des années, à l'Académie de chirurgie, un enfant nouveau-né affecté d'une encéphalocèle du volume d'une châtaigne, située au-dessus de la racine du nez. La tumeur paraissait sortir par un écartement des deux pièces du coronal.

Voici un autre exemple qui a eu une terminaison moins funeste : Une jeune fille, domestique dans une grande maison, se présente à la consultation de l'hôpital Beaujon; elle portait depuis sa naissance, un peu en arrière de l'apophyse orbitaire externe, une petite grosseur du volume d'une noisette. Cette tumeur ne présentait aucun battement, ne se laissait point réduire, et offrait, en outre, une mobilité assez grande. M. Robert crut à l'existence d'un simple kyste, et dit à la

malade qu'une opération pouvait seule la débarrasser de cette légère difformité. Ses maîtres l'envoyèrent consulter M. Marjolin : cet habile chirurgien ayant émis une opinion semblable à celle de M. Robert, M. Manec, médecin de la famille, fut appelé pour procéder à cette opération. La première incision révéla la nature de la tumeur, un peu de pulpe cérébrale nageait au milieu de la sérosité, et au fond du kyste on voyait un trajet fistuleux qui pénétrait dans la cavité crânienne, à travers l'un des points de la suture fronto-sphénoïdale. Grandes, on le pense bien, furent les appréhensions de l'opérateur. Mais il n'y avait pas à hésiter, M. Manec appliqua une ligature sur le pédicule de la tumeur, puis l'excisa; la malade guérit.

Athérôme siégeant à la partie supérieure de la tête, et présentant quelques-uns des caractères des tumeurs intra-crâniennes. — Nous rapporterons le fait suivant, en opposition avec les deux précédents, pour montrer combien le diagnostic différentiel de ces tumeurs est quelquefois difficile à établir.

Il y a un an environ, le nommé Sigaud, garçon tailleur, âgé de vingt-trois ans, vint nous consulter pour une tumeur qu'il portait à la partie antérieure et supérieure de la tête, dans le point correspondant à la fontanelle antérieure. Cette tumeur, du volume du poing, de forme ovoïde, présentait une base large comme la paume de la main; cette base offrait à la pression une différence nettement tranchée avec le reste de la tumeur; elle était constituée par un bourrelet dur et résistant, qui semblait se continuer avec le périoste crânien, tandis que la partie supérieure était molle et élastique. Le malade nous dit que, d'aussi longtemps qu'il peut se rappeler, il se connaît cette tumeur, et même que ses parents lui ont assuré qu'il la portait en naissant, que ses progrès avaient été lents jusqu'à l'âge de dix-huit ans, époque à laquelle elle avait acquis le volume d'une grosse pomme. De dix-huit à vingt-deux ans, la tumeur resta stationnaire; mais, depuis un an, elle a fait des progrès. En écartant les cheveux, on n'aperçoit point de changement de coloration à la peau qui recouvre cette tumeur ; elle ne présente aucun battement, elle est indolente, son volume ne se réduit pas lorsqu'on la comprime sur le crâne; seulement, à mesure que la pression augmente, des douleurs se manifestent d'abord dans le globe oculaire même, puis dans les paupières; enfin un sentiment de défaillance leur succède, assez intense pour qu'on n'ose point aller au delà, dans la crainte de provoquer une syncope. Ces singuliers phénomènes, joints à la nature congéniale de la tumeur, firent naître des doutes dans notre esprit, et nous engagèrent à nous éclairer de l'avis de M. Robert. Cet habile chirurgien, pour nous

déterminer à surseoir à tout traitement, nous raconta les deux faits que nous avons rapportés plus haut. La présence de cette tumeur n'altérant en rien la santé du malade, nous engageâmes ce jeune homme à attendre, et à nous venir voir de temps en temps. Il y a deux mois environ, la tumeur sembla se ramollir et la peau s'enflammer à la partie supérieure habituellement comprimée par le bord du chapeau ; à dater de ce moment, la portion de la base située au-dessous de ce point perdit cette dureté qui semblait témoigner que le kyste se continuait avec le périoste du crâne, et nous confirma dans notre première pensée d'un athérôme. J'adressai le malade à M. Robert, qui ouvrit la tumeur, et donna issue à une masse demi-fluide, d'apparence savonneuse, ainsi que la présentent ces sortes de kystes.

Pneumonie aiguë.— Anomalie dans les phénomènes d'auscultation. —Une femme, âgée de soixante-onze ans, exerçant la profession de coloriste, entre à l'hôpital Necker, salle Sainte-Anne, n° 19. Elle était malade depuis deux jours seulement et n'avait encore reçu aucun soin avant le moment de son entrée à l'hôpital. La peau était chaude, le pouls fréquent, mais surtout plein et raide comme dans la pneumonie ou le rhumatisme articulaire aigu. Il y avait de l'oppression, de la toux ; l'expectoration était nulle. En explorant la poitrine avec le plus grand soin, en arrière et en avant, il était impossible d'entendre le moindre râle. La respiration était parfaitement pure ; le bruit respiratoire s'entendait partout, sans trace de bruit expirateur, sans retentissement anormal de la voix. La résonnance de la poitrine était également naturelle. Les bruits du cœur, ses mouvements s'exécutaient régulièrement. On ne constatait de même aucun accident du côté des autres viscères.

La plénitude du pouls, sa fréquence, sa raideur, la toux et l'oppression firent penser à M. Trousseau que la malade avait une pneumonie, en l'absence même de tout signe stéthoscopique. Il prescrivit une large saignée qui fut renouvelée dans la soirée. Le sang était fortement couenneux, la couenne épaisse, le caillot très-rétracté.

Le lendemain, l'état de la malade était le même. Le pouls toujours vif et fréquent, la peau chaude. Il y avait de l'oppression et de la toux ; aucun phénomène appréciable par l'auscultation et la percussion. L'expectoration était nulle. Aucun autre symptôme d'ailleurs. On pratiqua une nouvelle saignée, et on prescrivit une potion avec 20 centigrammes de tartre stibié, administrée de manière à provoquer des vomissements. Le sang fut encore très-couenneux, la couenne épaisse, le caillot moins rétracté. Le tartre stibié détermina de nombreux vomissements.

Le troisième jour, le pouls avait perdu de sa fréquence et de sa force. La toux et l'oppression étaient moindres. En appliquant l'oreille sur la poitrine, on entendait des deux côtés et du haut en bas un râle sous-crépitant assez abondant, sans mélange de souffle. L'expectoration était muqueuse, un peu épaisse.

A partir de ce moment, la pneumonie marcha régulièrement. Elle s'amenda sous l'influence de l'administration des antimoniaux. Le râle sous-crépitant, d'abord très-abondant, diminna peu à peu. Il persistait pourtant encore même après que la fièvre eut entièrement cessé. La malade quitta l'hôpital parfaitement guérie.

L'auscultation présente, dans l'observation qui précède, des particularités pleines d'intérêt. L'absence complète de tout bruit anormal, de tout râle dans un point quelconque de la poitrine, alors que déjà la fièvre était vive, le sang fortement couenneux, est un fait qui mérite sérieuse attention. Il est vraiment remarquable que le râle sous-crépitant n'ait apparu qu'au moment où de larges saignées répétées et l'administration d'un vomitif énergique avaient déjà modéré l'orgasme inflammatoire. La persistance de ce râle, alors que la fièvre et l'oppression avaient complétement cédé, est aussi inexplicable. Il semblerait qu'ici la fièvre, l'état général eût été complétement indépendant de la lésion locale du poumon. La pneumonie n'aurait été qu'un effet, qu'un produit persistant, alors même que sa cause avait disparu. Pour un grand nombre d'auteurs l'observation qui précède eût été un exemple de fièvre pneumonique. C'est là une grave question de pathologie générale bien difficile à résoudre. Mais, en négligeant même le point de vue si digne de fixer l'attention, cette observation garde encore un grand intérêt pratique. C'est par la connaissance de faits de ce genre qu'on devra ne pas hésiter, dans des cas pareils, à recourir à une médication énergique, alors même qu'aucun symptôme ne révélera l'existence de quelque maladie locale. On voit quel succès a suivi une thérapeutique qui n'était que hardie et non imprudente.

Dysménorrhée mécanique.—Traitement par la dilatation de l'orifice interne du col de l'utérus. — En rendant compte, dans notre dernier numéro, d'un travail sur la dysménorrhée, par M. Oldham, nous disions que l'habile professeur de l'hôpital de *Guy* admettait deux formes bien tranchées de cette affection : l'une qu'il nomme membraneuse, parce qu'elle présente pour caractère particulier l'expulsion d'une membrane hors de la cavité utérine ; l'autre, mécanique, c'est-à-dire par rétraction de l'un des orifices du col de l'utérus. Nous venons de rencontrer dans le service de M. Robert un exemple de cette

dernière espèce de dysménorrhée, sur laquelle déjà le docteur Mackintosh avait appelé l'attention des praticiens. La nommée Rose Leroy, couturière, âgée de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution, fut réglée à treize ans et demi. La menstruation s'est effectuée très-exactement et sans douleurs jusqu'à l'âge de vingt ans, époque à laquelle elle contracta l'habitude de la masturbation et s'y livra avec fureur. Sans autre cause connue que cette mauvaise habitude, les règles ont peu à peu diminué, et l'écoulement du flux menstruel n'a plus eu lieu que par caillots, dont la sortie était précédée de très-vives douleurs. Plus tard il survint, dans l'intervalle des époques menstruelles, un écoulement séro-muqueux, sécrété par la membrane interne de l'utérus ; vers le milieu du mois, la malade éprouvait pendant deux jours des douleurs très-vives, qui cessaient dès que l'expulsion du liquide avait eu lieu. Ces symptômes furent pour M. Robert l'indice de l'affection utérine et de l'obstacle que, d'après plusieurs faits observés par lui, il a été porté à placer à l'orifice supérieur du col de la matrice. D'après ces indications, le col de l'utérus ayant été mis à découvert à l'aide du spéculum, une sonde flexible en plomb a été introduite dans la cavité de l'organe ; mais elle fut arrêtée à 2 centimètres et demi de profondeur. On imprima alors au bec de l'instrument de légers mouvements de circumduction, jusqu'à ce qu'ayant franchi l'obstacle, il pénétra dans la cavité du corps de l'utérus. L'instrument fut alors retiré, et on lui substitua une grosse bougie en cire, semblable à celles dont on se sert dans le traitement des coarctations de l'urètre ; et, pour empêcher qu'elle ne se déplaçât, on la maintint au moyen d'un tampon de charpie introduit dans le vagin. Les douleurs assez vives, provoquées par cette opération, se sont cependant assez promptement calmées, et la malade a pu supporter pendant quarante-huit heures la présence du corps étranger ainsi placé dans la cavité de l'organe. Le premier effet de ce mode de traitement a été d'avancer de dix jours l'apparition des règles, qui, pour la première fois, depuis quatre ans, se sont établies sans douleur. L'écoulement du sang eut lieu d'une façon continue, et non par caillots. Toutefois, l'amélioration ne fut que momentanée, et dura seulement deux jours. L'époque de la menstruation passée, on recommença l'introduction des bougies, en les changeant tous les jours. Les faits que nous avons par-devers nous ne laissent aucun doute sur la guérison de cette jeune fille. Cette méthode de traitement exige habituellement de trois à six mois. Lorsque, au bout de ce laps de temps, la rétraction de l'orifice n'a pas cédé, on lui vient en aide en pratiquant l'incision du col, après quoi on reprend l'emploi des bougies.

L'efficacité du traitement d'une maladie qui provoque des douleurs

souvent intolérables et toujours très-fréquentes, puisqu'elles se manifestent chaque mois, n'est point le seul motif qui nous ait engagé à fixer un instant l'attention sur cette affection ; nous voulons, en outre, faire voir que son existence peut encore quelquefois donner lieu à des erreurs de diagnostic graves. Ainsi, nous nous rappelons une dame qui était affectée d'une dysménorrhée mécanique, dont l'utérus se vidait incomplétement des caillots formés à chaque époque menstruelle ; les caillots qui restaient dans la cavité utérine s'altéraient, et donnaient lieu à un écoulement sanieux et fort fétide, qui imposa à l'un des chirurgiens les plus expérimentés des hôpitaux, et lui fit croire à l'existence d'un cancer du corps de l'utérus. Le cathétérisme du col de cet organe fit reconnaître un rétrécissement de son orifice supérieur, et la malade fut guérie au bout de trois mois et demi à l'aide du traitement par la dilatation. Depuis six ans cette cure ne s'est pas démentie.

Fistules urinaires urétrales. — Avantages du cathétérisme instantané. — Les fistules de l'urètre sont des accidents qu'on observe assez souvent à la suite, soit de violences exercées sur cette partie, soit de rétrécissements succédant à des blennorrhagies. A quelque cause d'ailleurs qu'elles se rattachent, elles doivent toujours être considérées comme des lésions graves, et dont la guérison complète exige, pour se produire, un temps assez long. Quelques-unes d'entre elles peuvent réclamer des opérations spéciales ; mais il est vrai de dire que la plupart cèdent ordinairement à un cathétérisme bien dirigé.

Il y a quelques années, c'était une pratique générale que d'appliquer des sondes à demeure dans l'urètre, de les y fixer solidement, afin d'obtenir la cicatrisation des fistules en s'opposant ainsi à tout contact de l'urine avec le trajet et les orifices fistuleux. Le moyen était d'ailleurs recommandé par les auteurs les plus considérables. On s'aperçut, toutefois, bientôt d'un grave inconvénient que présente cette application permanente, ce séjour des sondes dans l'urètre. On reconnut qu'en laissant ainsi un corps étranger fixé dans ce canal membraneux, on déterminait un état d'irritation qui s'opposait à la cicatrisation des fistules, et tendait plutôt à les entretenir. C'est pour éviter ce danger qu'on a généralement recours aujourd'hui au cathétérisme instantané.

En sondant le malade plusieurs fois par jour, et en retirant chaque fois immédiatement la sonde qu'on choisit d'un calibre suffisant, on empêche tout contact de l'urine avec les orifices et les trajets fistuleux. On a donc ainsi obtenu le seul avantage que présente l'application des sondes à demeure. De plus, chaque fois qu'on pratique le cathété-

risme, on peut, en choisissant convenablement le calibre des sondes, dilater sans effort le canal de l'urètre dans les divers points qui peuvent être le siége de rétrécissements.

L'exemple le plus remarquable que nous ayons observé de ces avantages du cathétérisme instantané a trait à un malade du service de M. Vidal (de Cassis), à l'hôpital du Midi. Nous en résumerons les détails, qui ont été longuement recueillis. — Le malade était âgé de vingt ans. Il y a dix-huit mois environ qu'il prend une blennorrhagie extrêmement intense, et pendant laquelle l'émission des urines devient impossible. Il se présente alors dans un hôpital de province afin d'y être sondé. Le cathétérisme provoque une très-vive douleur et s'accompagne d'un écoulement de sang assez abondant. Depuis ce moment, et la blennorrhagie continuant toujours, de petits abcès urineux se forment successivement au périnée jusqu'au pourtour de l'anus et tout le long de l'urètre, s'ouvrent à l'extérieur et laissent des trajets fistuleux qui donnent passage à la totalité de l'urine. — Lorsque le malade entra dans le service de M. Vidal, on comptait ainsi un grand nombre de fistules, et en y comprenant celles qui se formèrent encore pendant quelque temps, le malade n'en eut pas moins de treize. Le canal de l'urètre était dans toute sa longueur le siége d'indurations épaisses, qui formaient dans certains points des sortes de nodosités. Le pénis était déformé et comme arqué, les érections étaient devenues impossibles. Le rétrécissement de l'urètre était considérable. Il fallait de grandes précautions pour introduire une bougie de très-petit calibre. Le rétrécissement occupait d'ailleurs plus de la moitié de la longueur du canal.

Le cathétérisme fut pratiqué avec les plus minutieuses précautions. On introduisait plusieurs fois par jour une petite bougie qu'on retirait immédiatement. Bientôt il devint possible de passer une sonde, dont on augmenta graduellement le calibre. L'urètre se dilata assez pour permettre l'introduction d'une sonde d'argent ; on la passait trois fois par jour en ayant soin chaque fois de l'introduire doucement, sans efforts, et en quelque sorte sans la pousser. La vessie vidée, on retirait immédiatement l'instrument.

Après plus de sept mois de traitement, toutes les fistules, sans exception, étaient cicatrisées. L'urètre avait repris son diamètre normal dans toute son étendue ; les indurations avaient disparu, le jet d'urine sortait librement. On recommanda toutefois au malade de se faire sonder, pendant quelque temps encore, une fois par jour, puis tous les deux jours, puis tous les trois jours, afin d'empêcher la reproduction du rétrécissement, qui se renouvelle avec une si grande facilité.

Emploi du calorique concentré dans le traitement des arthrites chroniques. — Une femme, âgée de trente ans, entre dans le service de nourrices dirigé par M. Trousseau. Elle était accouchée depuis deux mois environ, et avait été prise quelques jours après d'une arthrite aiguë occupant l'articulation scapulo-humérale gauche. Cette malade était allemande et incapable de s'exprimer d'une manière intelligible ; il fut impossible d'obtenir d'elle aucun autre renseignement.

A son entrée à l'hôpital, elle était pâle, décolorée, amaigrie et assez faible pour être obligée de garder presque constamment le lit. L'épaule gauche était volumineuse, tuméfiée, sans changement de couleur à la peau, douloureuse à la pression. Les mouvements étaient impossibles. En pressant doucement l'articulation, on constatait facilement une très-notable tuméfaction de la tête de l'humérus. La douleur était beaucoup plus vive la nuit que le jour. La malade était complétement privée de sommeil. Toutes les autres fonctions, d'ailleurs, s'exerçaient normalement. Le pouls était sans fréquence, la peau avait sa chaleur naturelle. On appliqua autour de l'articulation de l'épaule des bandelettes de vésicatoires volants.

L'enfant de cette malade ayant succombé, on la fit passer de la salle des nourrices au n° 8 de la salle Sainte-Anne. Les vésicatoires n'avaient produit aucun résultat utile. Les mouvements de l'articulation étaient toujours impossibles, la douleur très-vive, surtout pendant la nuit, le gonflement de la tête de l'humérus considérable. On fit alors pendant quelques jours des douches chaudes, qui furent bientôt suivies de l'application de quatre petits cautères faits avec le caustique de Vienne, en avant et en arrière de la partie malade.

Un mois après cette application, la malade étant depuis deux mois déjà à l'hôpital, l'amélioration était insensible. L'articulation était toujours gonflée et douloureuse, les mouvements impossibles, la tête de l'humérus aussi tuméfiée. M. Trousseau résolut alors de recourir à une médication qu'il avait déjà mise en usage avec succès dans de semblables arthrites chroniques. Il fit appliquer, quatre ou cinq fois par jour, sur l'articulation de l'épaule de larges sachets remplis de sable et qu'on chauffait jusqu'à ce qu'ils eussent atteint un degré de chaleur qui rendît leur application non intolérable, mais désagréable. La malade était obligée de faire effort pour supporter la chaleur du sachet au moment de son application. Dès que le sachet était refroidi, c'est-à-dire que sa température était la même que celle de la peau, on le chauffait de nouveau pour le réappliquer.

Après quinze jours d'emploi de ce moyen, l'amélioration était considérable, l'articulation de l'épaule n'était plus douloureuse, les mouve-

ments commençaient à y devenir assez faciles, la tuméfaction de la tête de l'humérus avait très-notablement diminué. A partir de ce moment, la maladie marcha à la guérison avec une grande rapidité. En peu de temps l'articulation recouvrait tous ses mouvements; la tête de l'humérus reprenait son volume normal, la malade pouvait quitter l'hôpital parfaitement guérie.

L'application du calorique concentré dans les inflammations chroniques des articulations est une médication généralement peu connue. Elle donne des résultats heureux, quelquefois même inespérés, mais à la condition d'être faite méthodiquement. Nous l'avons vue, dans le service de M. Trousseau, amener la guérison d'arthrites que rien n'avait pu amender, et en particulier d'arthrites puerpérales, les plus graves et les plus rebelles des inflammations articulaires. Ce n'est, d'ailleurs, qu'une application particulière d'une méthode générale sur laquelle on ne saurait trop appeler l'attention des praticiens, c'est-à-dire l'emploi du calorique concentré dans les phlegmasies chroniques en général. Dès que par suite de cette médication la résolution commence à se produire, elle se complète en général avec une étonnante rapidité.

Accidents syphilitiques constitutionnels.—Abus des préparations mercurielles.—Emploi méthodique de la douce-amère. — Il y a longtemps déjà qu'on a appelé l'attention sur des accidents extrêmement graves qui succèdent quelquefois à une administration exagérée des préparations mercurielles. Les auteurs qui se sont préoccupés de ces conséquences funestes de l'abus des mercuriaux s'accordent, en général, à reconnaître l'inefficacité des moyens qu'on oppose à ces graves complications. Des altérations du système osseux, des affections du système nerveux persistent ainsi avec une grande ténacité, et sans qu'on puisse en rien les modifier. Tantôt ce sont des paralysies qui, par leur marche et leur symptomatologie, sont presque identiques à la paralysie générale des aliénés. Tantôt c'est un tremblement général qui s'accompagne d'une abolition successive des fonctions intellectuelles; d'autres fois, des périostoses ou des exostoses étendues. Enfin M. Bretonneau, dans une série de recherches et d'expériences faites sur des animaux, a constaté qu'on pouvait, par une administration exagérée des diverses préparations mercurielles, déterminer des altérations en tout semblables à celles que fait naître la syphilis constitutionnelle. Il a pu produire ainsi, non-seulement des altérations, soit des os, soit du périoste, mais aussi des ulcérations à la surface des membranes muqueuses, que

leur simple aspect ne permettait pas de distinguer des ulcérations syphilitiques.

Frappé de ces graves inconvénients, cet éminent praticien a cherché s'il serait possible de les faire disparaître en diminuant la durée du traitement mercuriel, et en restreignant les cas qui semblent en indiquer la nécessité. Ce double but se trouve atteint par une administration méthodique de la douce-amère (solanum dulcamara), qui complète le traitement mercuriel, en prévient la fâcheuse influence, et peut le remplacer dans un grand nombre de cas. Seulement M. Bretonneau insiste sur le mode d'administration, la médication n'ayant de puissance qu'à la condition d'être bien faite. Voici le procédé qu'il indique :

On fait prendre au malade, chaque jour et pendant huit jours, une décoction de 8 grammes de douce-amère, prise dans l'intervalle des repas, sans qu'il soit besoin de changer en rien le régime. Le huitième jour on prescrit 16 grammes en décoction. La même dose est encore continuée pendant huit jours. On augmente ainsi, chaque semaine, de 8 grammes la dose de douce-amère, et l'on arrive à la dose de 40 grammespar jour, que l'on continue également pendant huit jours. Le traitement a alors duré six semaines. On diminue successivement les doses dans la même proportion qu'on les a augmentées, c'est-à-dire de 8 grammes par semaine, et le malade revient ainsi à ne plus prendre que 8 grammes de douce-amère par jour. A ce moment le traitement est complet.

La douce-amère, lorsqu'on atteint la dose de 40 grammes en décoction dans un litre d'eau, détermine ordinairement quelques étourdissements, quelque trouble dans les idées. Ces phénomènes indiquent qu'il convient de s'arrêter et de diminuer progressivement les doses de douce-amère.

C'est une médication qu'on a bien souvent l'occasion d'employer. M. Bretonneau lui attribue une très-grande puissance, et compte de nombreux succès.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANÉVRYSME *par anastomose dans l'une des cavités nasales, guéri par la perforation de la tumeur avec le cautère actuel.* Dans un cas d'anévrysme par anastomose développé à la face interne de l'aile gauche du nez, M. le docteur Samuel Wilmot, après avoir tenté sans résultat des ponctions à l'aide d'une aiguille à cataracte, suivies de l'introduction de nitrate d'argent dans la piqûre, eut l'idée de recourir à la méthode de traitement employée avec succès par le docteur Cusack contre les tumeurs hémorrhoïdales, c'est-à-dire la perforation avec un fer rouge. La

tumeur fut perforée en deux endroits différents avec un cautère très-ténu, rougi au feu. Cette opération, répétée six fois, à un intervalle de deux semaines chaque fois, eut un plein succès. Après chaque application, la tumeur se gonflait, devenait douloureuse, et vers le troisième jour, il sortait du pus par les ouvertures. La tumeur diminua graduellement, et le malade fut complétement guéri au bout trois mois. (*The Dublin Quarterly journal of medical science*, et *Journal des Conn. médico-chirurg.*, août 1847.)

ANKYLOSE ANGULAIRE DU GENOU; *luxation consécutive du genou en dehors et en arrière*. Quels sont les agents du mouvement de rotation externe de la jambe? Quelle est l'influence de ces agents sur les déplacements consécutifs aux diverses lésions de l'articulation du genou? Quelles sont les conséquences pratiques et les applications thérapeutiques qui en découlent? Telles sont les questions qui se trouvent soulevées, et, croyons-nous, en grande partie résolues dans un Mémoire de M. le docteur Palasciano, de Naples, qui a fait l'objet d'un excellent rapport de M. Bonnet à la Société de médecine de Lyon. Avant d'aborder le point de vue pratique de ce travail, nous devons dire un mot des éléments physiologiques de la question, qui en sont les prémisses. On croit, généralement, que les mouvements de flexion et d'extension sont les seuls que puisse exécuter l'articulation du genou, et que la jambe est privée de la pronation et de la supination que peut exécuter l'avant-bras, son analogue dans le membre supérieur. L'examen attentif des fonctions du genou ne confirme pas cette opinion. Lorsque la jambe est étendue sur la cuisse, elle ne peut, il est vrai, tourner en aucun sens; mais, dès qu'elle est fléchie sur le fémur, elle peut exécuter avec une extrême facilité des mouvements de rotation. Les frères Weber, dans un travail qu'ils ont publié dans l'Encyclopédie anatomique, ont déterminé avec précision l'étendue de ces mouvements, qu'ils ont reconnu être de 13 degrés en dedans, de 26 degrés en dehors. M. Palasciano a répété ces expériences et en a vérifié l'exactitude; mais tandis que MM. Weber considèrent le muscle biceps comme le muscle rotateur en dehors, et attribuent la rotation en dedans au muscle poplité et aux trois muscles qui forment la patte d'oie, M. Palasciano se croit fondé à penser, d'après le résultat de ses propres recherches, que le muscle spécialement destiné à la rotation en dehors est celui que les auteurs classiques désignent sous le nom de tenseur du fascia-lata. Diverses dispositions anatomiques propres à ce muscle, dont jusqu'alors on n'avait pu parfaitement saisir l'objet, concordent avec cette nouvelle détermination de ses attributions; mais ce qui en démontre surtout l'importance et la justesse, ce sont les applications thérapeutiques que M. Palasciano a faites de ces idées à la réduction des déplacements consécutifs du genou. A la suite des maladies graves de l'articulation du genou, on observe, plus souvent peut-être que dans toute autre jointure, les luxations spontanées: ces luxations peuvent se faire dans des directions assez variées; mais dans l'immense majorité des cas, le tibia se porte en arrière et en dehors des condyles du fémur. Cinq éléments constituent la difformité qui résulte de ce genre de luxation, l'une des plus complexes sans contredit: 1° le déplacement de la partie supérieure du tibia en arrière; 2° la flexion de la jambe; 3° son abduction; 4° sa rotation en dehors; 5° enfin la luxation de la rotule sur le côté externe du fémur. M. Palasciano a cherché à déduire de la connaissance de ces cinq éléments les méthodes thérapeutiques propres à les combattre. Pour faire complétement disparaître cette luxation, on voit qu'il faut: 1° faire cesser les positions de la jambe qui sont devenues permanentes, savoir: la flexion, la supination et l'abduction; 2° réduire le déplacement externe et postérieur du tibia, ainsi que celui de la rotule en dehors.

1° Pour ce qui concerne la substitution de l'extension à la flexion permanente de la jambe, M. Palasciano n'a rien ajouté à ce qui se fait journellement, si ce n'est qu'à l'exemple de M. Dieffenbach, il commence par opérer la flexion, ou plutôt l'exagérer, avant de procéder à l'extension, ayant reconnu qu'à l'aide de cette méthode on rompt avec beaucoup moins de difficultés, que par l'extension directe et immédiate, les adhérences du tibia avec le fémur.

2° L'auteur remédie à la *supination*

on rotation en dehors de la jambe par une méthode déduite directement des principes physiologiques rappelés ci-dessus. Ses recherches sur le mécanisme de la rotation de la jambe en dehors l'ayant conduit à reconnaître que cette rotation est maintenue par le biceps et par le feuillet externe de l'aponévrose fémorale, ou mieux, suivant son langage, par le tendon du muscle rotateur externe, il en a naturellement conclu qu'il fallait couper le tendon de ce muscle pour faire cesser la rotation, de même que l'on coupe les tendons du jarret pour remédier à la flexion de la jambe. Il divise donc, à cet effet, le faisceau externe du fascia-lata dans toutes les luxations spontanées du genou dont la supination permanente de la jambe est un des éléments. Cette section, il la fait d'après la méthode sous-cutanée, et de telle manière que le ténotome fasse tout à la fois la section du rotateur externe et celle du muscle biceps.

3° La troisième indication, celle du redressement de l'abduction de la jambe, est en grande partie remplie par la même opération. En effet, la section qui permet de faire cesser la rotation de la jambe en dehors est aussi utile pour remédier à son inclinaison latérale. Nous avons parlé plus haut de la flexion exagérée de la jambe, comme moyen préalable à l'extension. C'est en combinant cette flexion forcée avec la section du quadriceps, que M. Palasciano remédie à la luxation de la rotule.

Enfin la dernière indication, celle qui concerne la luxation du tibia en arrière et en dehors, rendue déjà plus facile par les opérations précédentes, est complétée par l'application des appareils mécaniques appropriés. (*Journ. de méd. de Lyon*, septembre 1847.)

BELLADONE (*Empoisonnement par l'emploi endermique de l'extrait de) suivi de la guérison d'une crampe tétanique rebelle*. Une femme de trente-huit ans avait été sujette à des contractions tétaniques violentes pendant quatre grossesses consécutives et pendant tout le temps qu'elle allaitait ses enfants. Ces accès, qui revenaient sans ordre ni periodicité, mais plus particulièrement sous l'influence du froid, de l'humidité ou d'une émotion morale, commençaient par un resserrement douloureux à l'épigastre, suivi d'une constriction circulaire au niveau des attaches du diaphragme. Il survenait ensuite des contractions de tous les muscles du corps, sans en excepter ceux de la face et du larynx. La crise se terminait par une sueur abondante, un profond abattement et du sommeil. Rien de semblable n'arrivait hors le temps de la grossesse et de l'allaitement. — Après avoir employé inutilement les moyens les plus rationnels, M. Casanova prescrivit un vésicatoire sur l'epigastre, a panser avec une pommade composée d'une partie d'extrait de belladone sur trois d'onguent mercuriel. La malade, outrepassant de beaucoup la dose prescrite, en appliqua d'abord 6 décigrammes, et, au bout de six heures, 2 grammes. M. Casanova appelé en toute hâte, quelques instants après, trouva la malade en proie à un délire furieux; la pupille était énormément dilatée; il y avait de la soif et des spasmes du gosier. On prescrivit deux saignées; à l'intérieur, de la limonade et de l'infusion de café. Au bout de quarante-huit heures, les symptômes d'empoisonnement cessèrent. La malade se trouvait alors au huitième mois de son quatrième allaitement. Les accès tétaniques étaient à leur summum d'intensité et de fréquence. Depuis cet accident, elle n'en a plus eu aucun, quoiqu'elle ait continué d'allaiter pendant encore cinq mois. Il s'est depuis lors écoulé cinq années, pendant lesquelles elle a eu trois enfants, qu'elle a nourris comme d'habitude, sans qu'aucune récidive se soit manifestée.

Voilà une guérison probablement inattendue et dont un accident a fait à peu près tous les frais; car, bien que l'evenement n'ait fait en quelque sorte que vérifier la justesse de l'indication que le médecin se proposait de remplir, il est douteux qu'il eût obtenu un succès aussi rapide et aussi complet. Il resterait, d'ailleurs, à se demander si la guérison n'est pas plutôt le fait de la perturbation profonde apportée dans l'économie par une dose toxique de belladone, comme elle l'eût été peut-être de tout autre poison, que celui de l'action spéciale attribuée à cette substance. Quoi qu'il en soit, il y a, dans ce résultat accidentel, un enseignement dont la thérapeutique peut tirer parti, en observant, bien entendu, toutes les règles de la pru-

dence. (*Gazzetta medica di Milano*, et *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, août 1847.)

CHEILOPLASTIE. *Ablation de la presque totalité de la lèvre inférieure; restauration au moyen du procédé autoplastique par déplacement.* L'observation suivante de cheiloplastie pratiquée avec un plein succès, à l'aide du procédé par déplacement de M. le professeur Serres, de Montpellier, vient à l'appui des principes et des idées que l'auteur, M. le docteur Payan, d'Aix, a cherché à faire prévaloir dans un Mémoire publié en 1839 sur ce sujet. C'est en même temps un nouveau succès à joindre à ceux que M. Payan a déjà obtenus dans des circonstances analogues, par l'emploi des mêmes méthodes. Voici le fait :

Le nommé R., âgé de cinquante-six ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Aix pour s'y faire traiter d'un cancer ulcéré de la lèvre inférieure, occupant tout le bord libre, moins un demi-centimètre de la commissure labiale droite et un centimètre un quart de la commissure gauche, et s'étendant jusqu'à la partie de la lèvre adhérente au menton. Dans un pareil état de choses, le problème chirurgical à résoudre consistait à faire l'ablation de la presque totalité de la lèvre et à pratiquer une cheiloplastie. Ayant à choisir entre les différents procédés qui consistent, soit à faire, après l'ablation de la tumeur, la traction vers la ligne moyenne des parties externes conservées intactes, soit à soulever la peau du menton et du cou pour la porter au-devant du maxillaire inférieur en s'aidant de la flexion forcée de la tête; ou bien entre le procédé indiqué par M. Malgaigne, qui propose, après avoir enlevé la totalité du mal par une double incision en V, de prolonger les angles de la bouche de chaque côté par une incision transversale, et de ménager ainsi par la dissection deux lambeaux triangulaires dont on réunit ensuite les bords verticaux par des points de suture, et celui qu'a préconisé M. Serres, lequel devait consister ici à enlever carrément le mal et à réparer la perte considérable de substance qui s'ensuivrait, par deux lambeaux pris sur chaque joue et détachés par une double incision transversale et parallèle, l'une supérieure et l'autre inférieure. M. Payan s'adressa à ce dernier, qui, dans le cas présent, lui parut de tous points plus favorable. Voici de quelle manière il a procédé : toute la portion de lèvre altérée étant enlevée sous forme d'un carré allongé, l'opérateur, pour réparer cette large perte de substance, pratique d'abord sur la commissure droite une incision transversale prolongée jusque sur le bord antérieur du masséter en comprenant toute l'épaisseur de la joue. Une seconde incision partant de l'angle inférieur droit de la perte de substance, et continuant le bord saignant sus-mentonnier, fut dirigée parallèlement à la première. Ainsi se trouve formé un lambeau aux dépens de la partie voisine de la joue à laquelle il tenait en dehors et en arrière par un bord adhérent. Un lambeau en tout semblable, sauf qu'il conservait un centimètre de la lèvre trouvé sain, fut pratiqué de la même manière à gauche; de sorte que les deux lambeaux réunis avaient juste la largeur qu'il était nécessaire de donner à la lèvre nouvelle. Ces lambeaux furent rapprochés l'un de l'autre pour en affronter les bords verticaux vers la ligne médiane. Cette juxtaposition fut facilitée par une incision verticale de la muqueuse de chaque lambeau, ce qui leur donna plus d'extensibilité. Trois points de suture entortillée, comme pour le bec-de-lièvre, maintinrent les lambeaux fixés dans cette position. Les bords supérieurs et inférieurs furent maintenus en contact avec les parties correspondantes par un nombre suffisant de points de la même suture. L'ouverture buccale se trouva de la sorte formée par la lèvre supérieure demeurée intacte, et par le bord supérieur de la nouvelle lèvre, qui était encore saignant, excepté dans l'étendue d'un centimètre de l'ancienne lèvre qui avait pu être conservée; elle avait la même étendue qu'à l'état normal. Tout se passa heureusement les jours suivants. Du quatrième au sixième jour les aiguilles furent enlevées, et le septième jour tout annonçait que la réunion immédiate était partout opérée. Le vingt-sixième jour de l'opération le malade sortit guéri de l'hôpital. On put parfaitement juger, à cette époque, du résultat. La lèvre nouvelle était régulière, de même que l'ouverture buccale; de simples traces linéaires dénotaient seules les points de réunion des lambeaux; les joues,

quoique ayant fourni ces lambeaux, n'étaient ni creuses, ni tiraillées. En un mot, grâce au procédé cheiloplastique employé par M. Payan, ce malade avait recouvré une nouvelle lèvre aussi semblable que possible, par sa forme, sa composition et ses dimensions, à la lèvre naturelle. (*Jour. des conn. médic.-chirurg.*, août 1847.)

CHORIONITIS ou *Sclérosténose cutanée* (*maladie non décrite par les auteurs*). Sous le nom du chorionitis ou de sclérosténose cutanée, M. le professeur Forget décrit une maladie rare, dont il a récemment observé un exemple, et à laquelle il assigne les caractères fonctionnels suivants : c'est un mal qui débute par un point plus ou moins circonscrit de la peau, au niveau d'une articulation ; il s'étend de là aux autres parties et finit par envahir la presque totalité des téguments. Il gêne les mouvements des parties et leur imprime un aspect particulier ; les traits du visage perdent leur mobilité, les saillies musculaires s'effacent, la peau devient parcheminée, et prend une teinte jaunâtre ou brunâtre. Après la gêne des mouvements, et la raideur ou la fluxion des articulations, apparaît, comme fait général, l'amaigrissement progressif du sujet. Cette affection est apyrétique, presque sans douleur et n'occasionne guère que de la gêne ; les grandes fonctions restent intactes. — La marche du chorionitis est lente, progressive, et sa durée est longue, à en juger par le petit nombre de cas qui ont été observés. — Le chorion est le siége de la maladie ; les caractères anatomiques sont l'induration et le rétrécissement de la peau, sans hypertrophie, accompagnés, à un certain degré de la maladie, d'une coloration rouge brun, analogue à celle que communiquent à la peau humaine le tannage ou la momificatinn. Quelquefois la peau altérée paraît conserver sa couleur normale. Cette coloration, qui se produit à l'état avancé et qui peut manquer, indique la propagation du mal aux couches superficielles du derme, au pigment et peut-être à l'épiderme. En un mot, la peau présente une dégénérescence comme fibreuse ; par suite de la rétraction qu'elle éprouve, les tissus sous-jacents sont comprimés, et le tiraillement dont elle est le siége se révèle par des crevasses linéaires. — Le chorionitis siége de préférence, ou du moins se dessine plus fortement au niveau des articulations des membres, sur lesquelles il exerce une sorte d'étranglement, et qu'il maintient dans un état de raideur qui simule l'ankylose incomplète.— Cette maladie paraît offrir quelque analogie avec l'inflammation des tissus albuginés récemment décrite par M. Gerdy. — Le traitement de cette affection est encore à faire. Dans les deux cas observés, l'un par M. Grisolle et l'autre par M. Forget, et qui ont servi de texte au travail de notre honorable collaborateur, les malades sont sortis de l'hôpital sans avoir été guéris de leur affection. Se fondant sur l'indication fournie, *à priori*, par la nécessité d'assouplir, de détendre les téguments indurés et rétractés, M. Forget a essayé les topiques émollients et relâchants, mais sans aucun succès ; les onctions mercurielles, employées jusqu'à salivation, ne l'ont pas mieux servi que les bains tièdes gélatineux et les bains de vapeur. M. Grisolle, cependant, paraît avoir obtenu quelques avantages de l'emploi des attirants ou fondants (bains alcalins, iodure de potassium) ; ce serait, dans tous les cas, un moyen à expérimenter de nouveau, le cas échéant. M. Forget pense aussi qu'on pourrait, par voie d'analogie, tenter les sulfureux et les arsenicaux, qui produisent généralement de bons effets dans les phlegmasies chroniques de la peau, comme de la plupart des autres tissus. Il recommande encore l'essai des scarifications et des incisions, qui pourraient être utiles, soit en débridant les parties distendues, soit à titre de saignées locales.—Nous soumettons ces diverses indications à la sagacité des praticiens auxquels incomberaient de pareils cas. (*Mémoire sur le chorionitis ou la sclérosténose cutanée*, etc., par M. Forget.—Août 1847.)

COMBUSTION SPONTANÉE (*Cas de*) *ayant donné lieu à une accusation d'homicide*. — Il est plus d'une fois arrivé que des cas de combustion spontanée aient donné lieu à des accusations d'homicide. En voici un nouvel exemple où, grâce à un rapport d'expert, une accusation sans fondement tomba devant l'évidence du fait. Le cadavre d'un nommé Ch... fut trouvé un matin enflammé dans son lit. Une épaisse fumée remplissait la chambre. Toutes les pièces du coucher et les vête-

ments étaient presque complétement détruits. Le bois de lit n'était qu'en partie brûlé ; il n'y avait pas de cendre, peu de charbon végétal, mais des débris de toute sorte, atteints et altérés par le feu, et quelques morceaux de charbon animal ayant évidemment appartenu aux articulations. Le sieur Ch... portait, dit-on, dans la poche de son gilet, quelques allumettes chimiques, et le soir il avait, selon son habitude, placé à ses pieds une brique chauffée, mais qui, avant d'être enveloppée de linge, avait été refroidie légèrement par de l'eau jetée dessus à deux fois. Cet homme, âgé de soixante-onze ans, n'était ni très-gras, ni adonné à l'ivrognerie. La température était très-froide depuis quelque temps, mais il n'existait aucun signe d'électricité extraordinaire. Le corps fut trouvé dans la position où se plaçait habituellement Ch... pendant son sommeil. Son fils et sa fille furent soupçonnés de lui avoir donné la mort et d'avoir ensuite brûlé son corps, afin de faire disparaître les traces du crime. M. le docteur Massou (de Beaune, pays où venait de se passer cet événement), chargé de faire les recherches nécessaires pour éclairer la justice, après avoir fait l'exhumation du cadavre, constata les faits suivants : le corps était enveloppé d'un linceul blanc, dont la moisissure couvrait déjà quelques parties. Il restait autour du cou une cravate presque entièrement détruite par le feu, aussi bien qu'un morceau de manche de chemise. Les mains, complétement brûlées, ne tenaient plus aux avant-bras que par quelques tendons carbonisés, qui se brisaient au moindre effort ; enfin les cuisses étaient complétement séparées, tellement qu'on eût pu croire à une mutilation, si l'on n'avait trouvé, comme il a été dit précédemment, des débris de charbons animaux. D'après l'examen de ces faits, l'expert conclut que, comme il était impossible d'attribuer les phénomènes relatés ci-dessus à l'action du combustible avec lequel le corps de Ch... avait été mis en contact ; que d'ailleurs, dans l'état ordinaire, ils ne pouvaient être produits que par l'ignition prolongée d'un agent plus actif, plus fort, plus persistant, on devait en attribuer la manifestation à une cause inhérente à l'individu, cause mise en action peut-être par la seule chaleur de la brique placée aux pieds du malade, mais qui a dû trouver un aliment dans les tissus qu'elle a détruits, et se ranger par conséquent parmi les combustions spontanées. (*Gaz. médicale*, septembre 1847.)

ECCHYMOSES *sous-pleurales dans les cas d'infanticides.* Dans un Mémoire sur l'infanticide, inséré dans le Journal de médecine pratique, M. le docteur Bayard a signalé une lésion anatomique qui, suivant lui, ne doit pas échapper aux médecins experts. Toutes les fois qu'un obstacle mécanique a été apporté à l'acte respiratoire par l'occlusion incomplète ou complète des voies aériennes, on trouve des ecchymoses ponctuées, disséminées sur la plèvre pulmonaire. Leur diamètre est variable ; on les observe sur toute la surface des organes pulmonaires ; il est facile de distinguer ces épanchements de la congestion sanguine par engouement ou par hypostase. Celle-ci occupe une portion de chaque lobe, et elle est caractérisée par l'accumulation du sang dans les vaisseaux capillaires du tissu pulmonaire ; lorsqu'il y a ecchymose, il y a en rupture de quelques capillaires, et, en incisant la plèvre, on fait écouler le petit épanchement de sang ; le point qui en était le siége reprend alors la même nuance que les parties voisines. Ces ecchymoses résultent de la distension trop grande des vésicules pulmonaires, par l'air et le sang, ainsi que des efforts respiratoires de l'enfant. M. Bayard compare ces ecchymoses à celles qui se manifestent à la peau, sous les conjonctives, dans tous les cas de strangulation. (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers*, août 1847.)

ÉPILEPSIE (*Nouvelles vues thérapeutiques contre l'*). Les remèdes contre l'épilepsie surgissent de toutes parts avec une si stérile abondance, et ils révèlent en général, de la part de ceux qui les préconisent, une si déplorable ignorance des principes les plus élémentaires de thérapeutique, qu'on ne peut se défendre d'une certaine défiance à l'annonce d'un remède nouveau. Hâtons-nous donc de dire qu'il ne s'agit pas ici d'un *remède nouveau* contre l'épilepsie, mais d'un ensemble de moyens rationnels, d'une méthode formulée par l'un des plus honorables praticiens de province, M. le docteur

Plouviez, de Lille. M. Plouviez part de cette donnée, que l'épilepsie n'est qu'*une altération permanente du mode de sensibilité* de la masse encéphalique, dont l'existence se manifeste par une tendance à des attaques convulsives. Il pense que, par un traitement convenable, on pourrait arriver à détruire cette espèce d'habitude vicieuse, surtout lorsqu'elle a pour cause des émotions morales vives, la frayeur, par exemple. Le traitement qu'il propose se compose :

1° D'agents propres à modifier le système nerveux cérébral. Il compose, à cet effet, la formule suivante :

Pr. Extrait aqueux de belladone	2 grammes.
Digitale en poudre	3 grammes.
Indigo	10 grammes.
Mucilage	Q. S.

F. S. A. 50 pilules.

Trois ou quatre jours avant une attaque, on commence par une pilule. Si elle ne produit pas assez d'effet, on en donne une seconde à midi, et même une troisième le soir; on augmente ainsi la dose jusqu'à ce qu'il y ait un peu d'ivresse, de somnolence. On cesse alors tout remède, deux ou trois jours après l'époque passée des attaques, pour les reprendre à l'approche d'un autre accès.

2° Bains froids et botte Junod. — M. Plouviez fait prendre les bains froids d'abord, à la température de 17 à 18 degrés, pendant 3 à 4 minutes, puis il l'abaisse tous les jours insensiblement jusqu'à 8 degrés environ, plus ou moins, suivant la susceptibilité des malades. A la sortie du bain, le malade est enveloppé dans des couvertures pour exciter une sueur de plusieurs heures. — La botte Junod est employée avec l'attention de ne pas déterminer de vives douleurs. On la laisse 25 à 30 minutes.

Ces trois moyens ne sont pas employés simultanément; tantôt M. Plouviez ordonne les pilules avec les bains froids, tantôt avec la botte Junod, et toujours trois ou quatre jours avant l'époque présumée d'une attaque.

3° Moyens auxiliaires. — Enfin, M. Plouviez recommande, à titre de moyens auxiliaires, la saignée, les sangsues, les révulsifs. (*Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, septembre 1847.)

ÉTHÉRISATION. *Nouvelles applications à la médecine légale.* Pendant que les chirurgiens continuent dans les hôpitaux et dans la pratique civile l'étude des effets anesthésiques des inhalations d'éther, voici venir de nouvelles applications qui paraissent promettre un précieux moyen d'épreuve et d'investigation dans de certains cas donnés, en même temps qu'elles soulèvent de nouveaux problèmes qui nécessiteront l'intervention du médecin légiste. A peine la merveilleuse découverte de M. Jackson en était-elle à ses premiers essais, que M. Baudens eut l'heureuse idée de l'appliquer au diagnostic, ou plutôt à la révélation d'une maladie simulée. Il s'agissait d'un soldat récemment incorporé, et qui se présentait au corps avec une voussure du dos des plus prononcées. Placé sur une table, et couché sur le dos, ce militaire, dont la colonne vertébrale décrivait un demi-cercle, affectait une position telle que la région lombaire prenait seule un point d'appui. Au bout de quatre minutes d'inspiration des vapeurs d'éther, survint l'insensibilité avec perte de connaissance, puis résolution complète des membres. La tête, le cou, les épaules et le dos, se redressèrent aussitôt : la simulation était découverte. Même résultat a été obtenu depuis, dans une circonstance analogue, par M. le professeur Bouisson, de Montpellier. Un jeune soldat entra à l'hôpital Saint-Eloi pour y être traité d'une extension permanente du pouce de la main droite; les extenseurs du pouce paraissaient rétractés, ce doigt était maintenu dans un état de raideur permanente, et le prétendu malade disait ne pouvoir le fléchir. Ayant quelque sujet de soupçonner la simulation, M. Bouisson le fit soumettre à l'inhalation d'éther; dès qu'il eut atteint le maximum de la première période de l'ivresse éthérée, ce soldat entra dans un accès de gaieté folle, serrant la main aux assistants, qui purent s'assurer par là que la force de pression exercée par le pouce ne le cédait en rien à celle des autres doigts. Partant de ces deux faits, M. le professeur Bouisson a cherché à déterminer *à priori* les cas de médecine légale sur lesquels l'étude des phénomènes de l'éthérisation peut influer, et il n'a pas tardé à reconnaître que l'étude de ces rapports et le champ des nouvelles applications que l'on pourrait faire de

ces phénomènes, étaient plus étendus qu'on n'aurait pu le croire de prime abord. Tous les cas, dans lesquels la volonté, la contractilité musculaire, ou la sensibilité jouent un rôle plus ou moins prochain, peuvent devenir l'objet d'applications de ce genre: tels sont, en particulier, les cas de *maladies simulées par imitation*, qui exigent le concours constant de la volonté (le mutisme, le bégaiement, les contractures musculaires, etc.). Toutes les questions médico-légales relatives au *délire*, au *somnambulisme* et surtout à l'*ivresse*, se représentent pour les individus éthérisés, qui sont plongés, pendant toute la durée de l'éthérisation dans un état particulier où ils cessent d'avoir la responsabilité de leurs actions. Dans les questions relatives à la *conception*, à la *grossesse* et à l'*accouchement*, l'insensibilité et le défaut de conscience des actes qui se rapportent aux fonctions de gestation et de parturition pourront donner naissance à de graves abus et à d'importantes questions médico-judiciaires. On connaît déjà l'événement déplorable dont une jeune personne a été victime de la part d'un dentiste. De pareils abus devront à l'avenir être prévus. La *dissimulation de l'accouchement* rendue plus facile par la suspension momentanée de la sensibilité, la *suppression* ou la *substitution de part* à l'insu de la mère endormie par l'éther, sont encore autant de circonstances qui peuvent appeler l'attention des médecins légistes. Enfin, n'est-il pas possible aussi et nécessaire de prévoir les cas où l'éther pourrait être mis en usage dans le but d'attenter à la vie? Dans cette hypothèse, qui n'est peut-être que trop réalisable, les médecins pourraient avoir à résoudre les questions suivantes, savoir: *la vapeur d'éther sulfurique peut-elle produire l'asphyxie et la mort? Peut-on éthériser un malade pendant le sommeil naturel, sans qu'il s'en aperçoive? Peut-on faire périr des individus faibles, des enfants, par exemple, en les forçant à respirer de l'éther? Peut-on distinguer sur un cadavre si la mort a été produite par l'éthérisation?*

Tels sont les principaux points de médecine légale qui peuvent être soulevés par la mise en usage des propriétés anesthésiques de l'éther, et sur lesquels M. le professeur Bonisson a, dans un excellent travail, appelé l'attention des médecins. Nous les signalons à notre tour à la méditation de nos lecteurs. (*Gaz. méd.*, août et septembre 1847.)

FISTULE *à la région externe et antérieure du cou, guérie par des injections d'iode.* Il est un genre de fistules, provenant de petits kystes d'une nature spéciale développés dans la région thyro-hyoïdienne, que la plupart des auteurs ont signalées autant à cause de l'obscurité de leur origine qu'à cause de leur incurabilité presque constante. Un cas de ce genre s'est présenté récemment à l'observation de M. Robert, de l'hôpital Beaujon. Une jeune femme eut, il y a quelques années, une petite tumeur sur la région antérieure et latérale du cou, au niveau de l'espace thyro-hyoïdien; cette tumeur s'abcéda au bout de quelques semaines; et depuis ce temps, l'ouverture ne s'est jamais fermée d'une manière permanente. La petite ouverture se ferme de temps en temps, mais au bout de quelques jours elle se rouvre pour laisser sortir un liquide limpide et visqueux semblable à du blanc d'œuf, jusqu'à ce que la tumeur, qui s'était de nouveau remplie pendant l'oblitération de l'ouverture fistuleuse, soit complétement vidée. L'ouverture se referme alors de nouveau pour se rouvrir encore quelques jours après, et ainsi de suite. Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, la petite tumeur avait environ 3 centimètres d'étendue verticalement; elle était molle, fluctuante partout, indolente, sans changement de couleur à la peau. Elle suivait les mouvements du larynx pendant la déglutition; mais l'expiration ne la faisait point gonfler. La peau présentait, au niveau de son extrémité inférieure, une petite cicatrice froncée et déprimée, au centre de laquelle s'apercevait un très-petit pertuis, d'où suintait une petite quantité de matière visqueuse, incolore, et dans laquelle les réactifs révélèrent la présence d'albumine et d'une petite quantité de fibrine. Un stylet, introduit dans cette ouverture et dirigé de bas en haut, parvint à la profondeur de 3 centimètres jusqu'à la partie supérieure de la tumeur; on n'y sentait aucune portion dénudée ou nécrosée.—M. Robert ne douta pas qu'il n'eût affaire à un de ces kystes développés dans l'espace thyro-hyoïdien, ou sur

les côtés du cartilage thyroïde, et dont Boyer dit n'avoir pu jamais obtenir l'oblitération. Néanmoins il crut devoir en tenter la guérison, en recourant aux injections iodées comme moyen de déterminer une inflammation adhésive. Cette tentative a été suivie d'un plein succès. Voici de quelle manière il a procédé. A l'aide d'une seringue d'Anel, il a injecté dans l'intérieur du kyste la solution de M. Guibourt (eau 100 parties, alcool 50, iodure de potassium 5). Après la première injection, suivie d'une compression convenable, la tumeur s'est reproduite, mais plus lentement, et l'humeur qui en sortait était moins abondante et moins visqueuse. L'injection a été répétée, et depuis, la tumeur ne s'est plus reproduite, la petite fistule s'est fermée entièrement ; la guérison a été complète. (*Gaz. des hôpit.*, août 1847.)

GAINES TENDINEUSES (*Accident résultant de la section des*). *Moyen de les prévenir.* — On sait combien sont redoutables les accidents de résorption purulente qui se manifestent si souvent à la suite des grandes opérations, et plus particulièrement des amputations des membres. D'après des expériences auxquelles s'est livré un interne des hôpitaux de Paris, M. Melchior Robert, dans le but d'étudier l'origine et le mécanisme de ces accidents, l'une de ses causes les plus communes consisterait dans le retrait que subissent les tendons dans leurs gaînes après l'amputation, retrait qui agirait à la manière d'un piston dans un corps de pompe, c'est-à-dire en favorisant l'aspiration d'une certaine quantité du pus ou du sang altéré qui séjourne à la surface de la plaie. Il a observé, en effet, qu'il s'introduit de l'air ou de l'eau dans les gaînes, à la suite de la section des tendons, suivant que cette section est faite dans l'un ou l'autre de ces milieux. Les liquides qui sont à la surface de la plaie pénètrent dans ces gaînes pendant le mouvement d'extension du membre, ils en sont expulsés plus ou moins complétement pendant la flexion. L'auteur, se fondant sur ces faits, propose les moyens suivants pour prévenir ces accidents : 1° pendant l'opération, faire comprimer sur le trajet des gaînes, au-dessus du point où doit porter la section, toutes les fois que ce sera possible, afin de fermer la gaîne et de retenir le tendon à son extrémité; 2° après l'opération, passer, au moyen d'une aiguille courbe, un fil qui comprenne la gaîne et le tendon, et lier les deux chefs au-dessus de la gaîne, afin de l'oblitérer; 3° si l'on a laissé échapper le tendon pendant l'opération, l'amener à l'extrémité de la gaîne, en mettant le membre dans la flexion forcée, si l'on opère sur une gaîne qui se trouve du côté de la flexion, ou en saisissant ce tendon au moyen de pinces, et le lier avec la gaîne; 4° si l'on n'a pris aucune des précautions indiquées ci-dessus, éviter, en examinant le membre, de le porter dans l'extension, d'exercer au-dessus du moignon des compressions trop fortes qui font remonter les tendons dans leur gaîne et favorisent l'introduction de l'air et des liquides; 5° enfin, dès que le malade se plaint de douleurs vives sur le trajet des gaînes, exercer sur ce trajet des pressions méthodiques, ou faire, si c'est possible, des aspirations à l'ouverture de la gaîne.

Sans prétendre qu'il faille conclure rigoureusement de ce qui se passe sur le cadavre, à ce qui a lieu chez le vivant dans les différentes circonstances où se manifestent les accidents en question, il est du moins très-présumable que le fait signalé par l'auteur de ces expériences entre pour quelque part dans la production des accidents, et partant les préceptes qu'il en a déduits peuvent trouver d'utiles applications. (*Comptes-rendus de l'Acad. des sciences*, août 1847.)

GALVANISME ; *son influence sur l'action de l'utérus durant l'accouchement.* L'influence du galvanisme sur les contractions utérines est, depuis quelques années, l'objet des préoccupations des accoucheurs anglais qui cherchent le parti qu'on en pourrait tirer dans la pratique obstetricale. Plusieurs d'entre eux ont publié des résultats qui leur ont paru confirmer l'idée qu'ils s'étaient faite *à priori* du mode d'influence de cet agent. M. Simpson n'a pas voulu rester en arrière de ses collègues, et voici en quels termes il fait connaître le résultat de ses recherches. Avant de calculer la durée des douleurs et la fréquence de leur retour sous l'influence du galvanisme, seul moyen d'en apprécier l'action, M. Simpson a pensé qu'il fallait d'abord faire la par de la préparation de l'appareil, d

l'émotion que la femme en ressent, de l'irritation mécanique que sa présence détermine sur les organes génitaux, tout autant de circonstances capables d'exciter la contraction utérine, avant même la mise en jeu du courant galvanique. Pour arriver à la vérité sur ce point, il a cru devoir préalablement noter la longueur et la fréquence des douleurs dans quatre cas, savoir: 1° avant l'application du galvanisme, 2° après le placement des fils conducteurs; 3° pendant que le courant agit; 4° enfin après qu'on a enlevé l'appareil. En observant ces diverses conditions, M. Simpson a noté sous ce rapport le caractère des douleurs expultrices chez quatre femmes pendant le travail. Voici, en moyenne, les résultats qu'il a constatés:

Avant l'application des fils.

Durée des douleurs........	54
Durée des intervalles.......	177

Pendant l'action du galvanisme.

Durée des douleurs........	54
Durée des intervalles......	114

Après l'application des fils, mais avant le courant.

Durée des douleurs........	50
Durée des intervalles......	112

Après l'enlèvement des fils.

Durée des douleurs........	56
Durée des intervalles......	125

M. Simpson a encore employé le galvanisme dans deux cas; mais chez l'une de ces femmes, les douleurs devinrent plus courtes pendant le courant électrique que durant aucune des trois autres conditions. Chez l'autre, il y eut un effet différent; car, à partir du moment où le cercle galvanique fut complet, il n'y eut plus qu'une seule douleur; puis elles se suspendirent entièrement pendant les vingt-trois minutes qu'on laissa l'appareil en place. Lorsqu'on l'eut enlevé, les douleurs se rétablirent avec la régularité qu'elles avaient déjà avant qu'on eût employé ce moyen. En général, on donnait à l'action galvanique toute la puissance que les femmes pouvaient supporter. Quant à l'appareil, on a quelquefois mis en usage la machine de MM. Abraham et Dancer. D'autre fois on a agi avec un appareil plus simple, mais pour le moins aussi énergique, de M. Kemp. Dans l'un et l'autre cas, on portait le courant jusqu'au point qu'une personne robuste ne pouvait le supporter longtemps lorsqu'elle tenait entre les mains les deux fils conducteurs. Bien que la conclusion naturelle qui ressort de ces faits, soit l'inutilité du galvanisme comme moyen d'influencer la contraction utérine, M. Simpson cependant n'en tire pas cette conclusion, du moins d'une manière absolue. Il se borne à déclarer, sans engager en rien l'avenir, que pour le moment et avec le procédé dont on se sert actuellement, le galvanisme ne peut à aucun degré venir en aide à l'accouchement pour activer les douleurs expultrices. (*Monthly Journ. of med. science* et *Gaz. méd. de Paris*, septembre 1847.)

HASCHICH (*Accidents occasionnés par le*). Les applications que l'on a tenté de faire du chanvre indien à la thérapeutique, et l'usage que l'on pourrait vouloir en faire dans un but d'expérimentation, nous font un devoir de donner de la publicité aux accidents auxquels cette substance peut donner lieu, afin d'engager les expérimentateurs à en user désormais avec prudence et à consulter avec soin et les doses qu'il convient de ne pas dépasser, et les conditions individuelles capables d'en modifier les effets. C'est à ce titre que nous reproduirons les détails suivants.

M. A. et M. D., tous deux étudiants, poussés par la curiosité, prirent chacun 4 grammes de *haschich gras*. Au bout d'une demi-heure, tous deux éprouvèrent un commencement d'agitation, puis des vertiges et une sorte de *raptus* qui semblait les emporter vers l'espace. Bientôt un frémissement désagréable qui parcourait tous les membres, un sentiment de pesanteur douloureux vers l'occiput, accompagné de contractions tétaniques et intermittentes des muscles de la région postérieure du cou, accusèrent une stimulation déjà plus énergique des centres nerveux; M. D... ne tarda pas à tomber dans une voluptueuse indolence et dans un délire érotique. M. A..., d'une constitution sèche et irritable, fut en proie à une exaltation bruyante et aux hallucinations les plus étranges. A des visions et à des sensations bizarres succédait un besoin frénétique d'agitation et de mouvement; alors M. A..., se redressant brusquement, comme par l'effet d'un ressort, se mettait à chanter et à danser de la manière la plus extravagante. Cet état d'agitation dura presque sans interruption depuis une heure jusqu'à

cinq heures de l'après-midi, sans que la peau se couvrît de sueur, et que le pouls augmentât de fréquence. Il avait, du reste, conservé la conscience parfaite de son état et de tout ce qui se passait autour de lui. M. Champouillon, appelé à cinq heures près de ces deux malades, prescrivit des pédiluves sinapisés, des boissons glacées, des compresses vinaigrées sur le front, et des aspersions d'eau froide lancée avec vigueur contre la face. En quelques minutes, D... sortit de sa torpeur, et A... rentra dans le calme. Mais, vers six heures, ce dernier se sentit défaillir, ses idées se troublèrent, tout mouvement était devenu impossible, les membres étant dans la résolution la plus complète ; aussitôt que les paupières se fermaient, le malade tombait en lipothymie; il lui semblait rentrer dans le néant: il se préparait à mourir. On fit mettre A... dans un bain frais, et presque aussitôt tous ces accidents, d'une apparence si menaçante, se dissipèrent l'un après l'autre. La nuit fut encore agitée par des rêvasseries continuelles; pourtant, vers quatre heures du matin, le malade goûtait un peu de repos, et le lendemain il ne lui resta plus qu'un léger sentiment de malaise et d'abattement. Quant à D..., il dormit quatorze heures d'un sommeil calme et profond.

D'après quelques personnes qui ont expérimenté sur elles-mêmes le haschich, ce ne serait point là des accidents véritables et capables d'inspirer aucune crainte sérieuse, elles n'y voient que les effets ordinaires de ce genre particulier d'ivresse. Nous ignorons au juste quelle peut être la limite des effets simplement physiologiques et des effets morbides de l'ivresse produite par le haschich; mais, à coup sûr, des phénomènes de la nature de ceux que nous venons de rappeler, qui se prolongent pendant plus d'une demi-journée, ne sont pas des phénomènes purement physiologiques, et l'on fera croire difficilement qu'en se soumettant à cette expérience, les jeunes étudiants A... et D..., et surtout le premier, n'aient dépassé le but qu'ils se proposaient.

HYDROCÉPHALE SCARLATINEUSE. — *Bons effets du traitement débilitant.* Parmi les épanchements qui succèdent à l'éruption scarlatineuse, l'hydrocéphale est sans contredit le plus grave, et celui, par conséquent, dont les suites et le traitement doivent le plus préoccuper les praticiens. Malheureusement de graves dissidences existent entre les auteurs sur le genre de traitement qu'il convient d'opposer à cet état morbide. Tandis que les uns considèrent l'épanchement encéphalique de la scarlatine comme essentiel, indépendant de toute altération du cerveau ou de ses membranes, et préconisent en conséquence, de prime abord, le traitement par les diurétiques, les diaphorétiques et les purgatifs hydragogues, à l'exclusion des déplétions sanguines, d'autres, au contraire, regardant l'épanchement comme éminemment inflammatoire, conseillent de recourir toujours au traitement débilitant ou antiphlogistique. Témoin de trois cas simultanés d'hydrocéphale survenus pendant la convalescence d'une scarlatine, chez trois enfants d'une même famille, M. le docteur Beydler, partisan de cette dernière opinion, a saisi cette occasion pour appliquer ce traitement débilitant, qui lui paraissait rationnellement indiqué, et jeter quelque jour sur cette question en litige. Un traitement antiphlogistique des plus énergiques fut institué dans ces trois cas (saignée du pied, sangsues aux apophyses mastoïdes, réitérer les sinapismes aux extrémités inférieures, boissons acidulées, affusions froides, etc.), et ces trois petits malades guérirent rapidement. Ces trois faits ne suffisent pas à eux seuls pour résoudre la question, sans doute, mais ils militent du moins en faveur de la méthode préconisée par Abercrombie. (*Annales de la Société de méd. de Gand*, août 1847.)

IODURE DE SOUFRE, *appréciation de ses effets thérapeutiques.* L'iodure de soufre, signalé dans les ouvrages récents de thérapeutique comme un des remèdes les plus efficaces contre les maladies de la peau, et le psoriasis en particulier, d'après les indications de Biett, n'a été, croyons-nous, que très-peu employé encore en France. Nous ne sachons pas du moins, bien que l'on trouve son emploi indiqué de temps à autre dans quelques comptes-rendus cliniques, qu'aucun médecin de nos hôpitaux ait recueilli sur cet agent des observations assez nombreuses et assez suivies pour permettre d'en apprécier

rigoureusement les effets. Ce travail a été fait dans l'hôpital général de Madrid, par M. Escolar. Ce médecin a étudié attentivement l'action physiologique de ce médicament. Il a recherché son mode de préparation le plus convenable, et l'a expérimenté dans un grand nombre de maladies de la peau. Les résultats qu'il a obtenus sont assez remarquables pour devoir être signalés.

Le mode de préparation qui paraît le meilleur à M. Escolar est le suivant :

PR. Fleurs de soufre. . 1 p. en poids.
Iode. . . . . 4 p. —

Pulvérisez, mêlez dans un mortier de verre, et mettez le tout dans une capsule de porcelaine; chauffez jusqu'à complète fusion, et versez rapidement dans un moule de cartisane (fil tortillé sur de petits morceaux de carton lin).

Le mode d'administration et la dose de l'iodure de soufre varient suivant les conditions individuelles du sujet et celles de l'affection. Chez les enfants, M. Escolar commence par 2 centigrammes 1/2, et chez les adultes par 1 decigramme. On peut porter la dose chez les premiers à 15 centigrammes, et chez les seconds à 3 décigrammes. M. Escolar se sert pour excipient de la gomme arabique et de la poudre de réglisse; mais jamais de l'amidon, qui neutralise l'action de l'iodure. L'usage interne de ce médicament est secondé quelquefois par l'emploi de la pommade d'iodure de soufre, de 6 décigram. à 4 gram. pour 30 gram. d'axonge.

M. Escolar rapporte, en faveur de l'efficacité de ce moyen, neuf observations de maladies de la peau diverses, qui toutes, après avoir résisté aux médications ordinaires, ont cédé à l'action de l'iodure de soufre. Ces maladies sont : 1° un cas de pityriasis furfuracé général ; 2° un pityriasis capitis ; 3° un porrigo larvalis ; 4° une syphilide papuleuse ; 5° un prurigo pudendi : 6° un impetigo rodens ; 7° un psoriasis capitis ; 8° une teigne muqueuse ; 9° un uresis nocturna. — L'auteur ajoute qu'il n'a jamais vu de mauvais effets de l'emploi de ce médicament, ce qui mérite d'être pris en considération.

Aux faits énoncés par le médecin espagnol, nous croyons devoir ajouter, pour mention, l'heureux résultat que M. le docteur Putégnat dit avoir obtenu de l'emploi de la pommade à l'iodure de soufre, comme traitement local de l'un des symptômes les plus graves du lupus, le tubercule. (*Union médicale*, et *Revue médico-chirurgicale de Paris*, août 1847.)

NITRATE D'ARGENT (*Emploi de la dissolution au*) *pour combattre ou prévenir la résorption purulente.* — M. Gouyon, médecin à Clermont-Ferrand, dit avoir retiré de très-bons effets de l'emploi d'une dissolution au nitrate d'argent cristallisé, soit pour combattre, soit pour prévenir la résorption purulente sur les plaies. Voici comment il l'emploie : un cas de résorption purulente étant donné, il essuie la surface de la plaie avec un linge fin, ensuite il la badigeonne avec un pinceau trempé dans une dissolution au nitrate d'argent (8 grammes de nitrate pour 30 grammes d'eau distillée). Trois ou quatre de ces applications suffisent pour arrêter les accidents, et la plaie se cicatrise rapidement.

L'observation attentive de l'action de cette dissolution a conduit l'auteur à l'employer dans tous les cas de plaies récentes, non-seulement pour prévenir les accidents de résorption, mais même pour hâter leur cicatrisation. Il a remarqué que l'application de ce topique sur une plaie saignante y provoque, dans moins de trois jours, une inflammation très-franche, le développement de bourgeons charnus de bonne nature, et la sécrétion d'un pus bien lié, conséquemment une cicatrisation beaucoup plus rapide. (*Gaz. méd.*, septembre 1847.)

ŒSOPHAGE (*Hameçon engagé dans l'*). *Procédé ingénieux employé pour son extraction.* Il est certaines opérations à l'égard desquelles on ne saurait établir d'avance aucune règle fixe, où tout est imprévu et entièrement subordonné au tact et au génie inventif de l'opérateur. Telles sont, en général, les opérations qui ont pour objet l'extraction de corps étrangers introduits du dehors dans les cavités ou les canaux de l'économie. La nature du corps, sa forme, son volume, la manière dont il est engagé, tout varie d'un cas à un autre; c'est à l'opérateur de s'inspirer des circonstances particulières du cas qui se présente pour imaginer le moyen le plus convenable. Heureux quand, par une sorte d'intuition su-

bite, il parvient à suppléer l'absence de toute règle et de tout précédent! — Voici le procédé ingénieux qu'a imaginé M. le docteur Leroy-Antony, dans un cas qui offrait des difficultés toutes particulières. Un enfant eut la singulière idée de déposer dans la bouche d'une dame endormie un hameçon attaché à une ligne à pêcher. Cette dame s'éveilla aussitôt, et, en fermant brusquement la bouche, elle avala l'hameçon, qui pénétra de quelques pouces dans l'œsophage. On essaya en vain de le retirer. M. Leroy-Antony, mandé auprès de cette dame, après un examen qui lui fit présumer que l'hameçon n'était pas enfoncé avant dans les chairs, eut recours, pour l'extraire, au procédé suivant : le fil étant coupé à un pied ou deux de la bouche de la malade, il prit une balle de fusil, la perça à son centre, et, y faisant passer le fil, la glissa ainsi jusque sur l'hameçon. Il fit ensuite passer le même fil par une tige de roseau dont il avait perforé les nœuds, et porta ce dernier jusque sur la balle. Il suffit de presser légèrement sur le roseau, l'hameçon se détacha, et l'opérateur ramena au dehors le roseau, la balle et l'hameçon. (*The medical Examiner*, et *Journal des Connaiss. méd.-chirurg.*, août 1847.)

ONGLE INCARNÉ (*Nouveau procédé pour l'avulsion de l'*). Parmi les nombreux procédés usités pour l'avulsion de l'ongle incarné, les uns ont le défaut de n'être que palliatifs, les autres sont longs ou douloureux. Frappé de ces inconvénients, M. Long, second chirurgien en chef de l'hôpital civil de Toulon, a imaginé un procédé qui lui a parn réunir tous les avantages désirables. L'auteur, se fondant sur les connexions de l'ongle avec les parties molles, a conçu l'idée de pratiquer l'avulsion de l'ongle incarné par sa racine, en s'aidant d'une simple spatule. Voici comment il opère : le malade étant assis, son pied placé sur le genou de l'opérateur, celui-ci prend de la main droite l'extrémité aplatie de la spatule, le pouce étant placé sur la face concave, l'index et le médius sur la face convexe. La spatule ainsi tenue, le chirurgien sépare lentement la peau qui recouvre la racine de l'ongle; parvenu vers son bord postérieur, il exécute rapidement un mouvement de bascule, de manière que la spatule vienne faire un angle très-aigu avec l'orteil malade. Après ce temps de l'opération, l'extrémité de la spatule se trouve engagée sous l'ongle, qui est encore adhérent par ses bords latéraux et sa partie moyenne. En faisant alors avancer la spatule entre l'ongle et les tissus, on parvient sans peine à en faire l'avulsion.

Avant d'appliquer son procédé sur le vivant, M. Long a fait des expériences sur le cadavre; la rapidité du procédé est telle, qu'il est parvenu à arracher les vingt ongles des pieds et des mains dans l'espace de cinq minutes. Les résultats sur le vivant n'ont pas été moins avantageux, et ils ont confirmé l'idée que l'auteur s'en était faite. Parmi les malades qu'il a ainsi opérés, il rapporte le fait d'un douanier de Toulon, qui portait au gros orteil droit un ongle incarné, dont les bords latéraux étaient profondément engagés dans les chairs. L'avulsion de l'ongle fut pratiquée sans douleur et sans une goutte de sang; le lendemain, le malade reprenait son service, et, quinze jours après, il voyait reparaître l'ongle nouveau. En résumé, les principaux avantages que l'auteur reconnaît à son procédé, sont : 1° de produire une guérison complète et définitive; 2° d'épargner au malade de vives souffrances; 3° de n'être point une opération sanglante, 4° enfin, de permettre toujours aux tissus la reproduction de l'ongle. (*Gazette médicale de Montpellier*, août 1847.)

OSTÉOMALAXIE (*Rétrécissement considérable du bassin déformé par l'*; *accouchement terminé sans le secours de l'art*. En appréciant les résultats de la viciation du bassin dans les accouchements à terme, les accoucheurs négligent généralement un élément très-important, les dimensions de la tête de l'enfant prises immédiatement après la naissance et avant que les déformations qu'elle a subies aient disparu; on oublie aussi de mentionner le degré d'ossification et de solidité du crâne, sa compressibilité, le degré de mobilité des os lorsque l'enfant est mort et putréfié, etc. Ces lacunes doivent nécessairement entraîner des erreurs dans les appréciations de cette nature, et, par suite, dans la détermination des indications opératoires applicables à tel ou tel degré de viciation. — Nous citerons comme un

exemple de l'influence qu'exerce en pareil cas l'état de l'enfant, le fait suivant, rapporté par M. le professeur Simpson, d'Edimbourg.

Une dame affectée d'une ostéomalaxie, qui, de grande et belle femme qu'elle était auparavant, l'avait réduite à l'état d'une petite naine déformée, d'environ quatre pieds de hauteur, devint enceinte, pour la première fois, à l'âge de trente-quatre ans. L'accoucheur appelé à lui donner ses soins reconnut tout de suite l'extrême étroitesse du détroit inférieur; mais déjà la grossesse était trop avancée pour qu'on pût songer à un avortement provoqué ou à un accouchement prématuré artificiel. M. Simpson, consulté à son tour, constata l'état suivant : le détroit abdominal était déformé par l'aplatissement des pubis, presque en contact l'un avec l'autre. Le détroit inférieur, le seul qu'on pût bien examiner, était, transversalement surtout, si rétréci, qu'il n'était pas possible de faire pénétrer deux doigts entre les tubérosités ischiatiques. Le diamètre transverse avait moins d'un pouce. D'avant en arrière, il n'y avait guère plus de trois travers de doigt d'étendue. L'enfant était vivant. M. Simpson considérait l'opération césarienne comme inévitable. Aussi, grande fut sa surprise, lorsqu'appelé auprès de cette femme dès les premières douleurs, il apprit non-seulement qu'elle était accouchée, mais encore que la nature s'était suffi à elle-même. Cette sorte d'énigme lui fut bientôt expliquée par l'état de l'enfant. Du sommet aux talons, il mesurait 18 pouces et demi (mesure anglaise). Ses membres étaient grêles et atrophiés. Il pesait 3 livres 2 onces. Sa tête était très-volumineuse; on aurait dit une tête d'hydrocéphale; mais cette apparence n'était que le résultat d'une putréfaction avancée. La matière cérébrale n'était qu'une bouillie liquide; les os de la voûte du crâne étaient séparés les uns des autres, libres au milieu de la masse encéphalique liquéfiée; il en était de même de la base. Un doigt appliqué en arrière sur l'occipital, et un autre en avant sur le nez ou la joue, pouvaient, par la compressibilité de cette masse, être rapprochés presque jusqu'au contact. La peau pourtant, à part l'épiderme enlevé par places, était intacte. La poitrine et l'abdomen étaient aussi, bien qu'à un moindre degré, très-ramollis. De nombreux foyers apoplectiques, dans le placenta, ne laissaient pas de doute sur la cause de la mort de l'enfant. M. Simpson apprit de l'accoucheur qui avait assisté cette femme, qu'au moment de son arrivée auprès d'elle, la tête s'engageait déjà à la vulve, qu'il en saisit la partie déjà sortie, et aidant, par ce simple secours, les efforts naturels, il avait vu l'accouchement se terminer en moins d'une demi-heure.

Il serait à désirer que toutes les fois que des cas analogues se présentent à l'observation des accoucheurs, ceux-ci portassent autant d'attention à l'état de l'enfant qu'ils en portent habituellement à l'état de la mère. On puiserait ainsi, dans la connaissance des conditions de l'enfant, qui peuvent en quelque sorte neutraliser les mauvaises conditions de la mère, des éléments importants pour la solution des questions pratiques qui se rattachent à l'histoire de la dystocie. (*Monthly Journal of med. science*, et *Revue médico-chirurgicale de Paris*, août 1847.)

POLYPES DU RECTUM; *leurs différentes espèces. — Leur traitement.* Les polypes du rectum, longtemps négligés par les auteurs, soit à cause de leur rareté, soit à cause du peu de gravité qui les accompagne généralement, lorsqu'ils ne sont pas volumineux au point de porter obstacle à la défécation, ont été depuis quelque temps l'objet de recherches spéciales qui en ont mieux fait connaître la nature et les différentes espèces. Considérés dans leur structure, les polypes du rectum sont loin de présenter tous la même organisation; ainsi on trouve des polypes charnus, des polypes fongueux ou végétaux, des polypes celluloso-vasculaires, des polypes fibro-celluleux et même fibreux; mais quelle que soit la variété de texture de ces différents polypes, ils offrent tous un caractère commun propre à les différencier des polypes des autres cavités, caractère qui dérive de la disposition de l'organe où ils ont pris naissance. Ils sont éminemment vasculaires; et, sous ce rapport, ces tumeurs rentrent sous l'empire d'une loi générale de pathogénie, qui veut que les productions morbides participent des qualités anatomiques et vitales des organes au sein desquels ils se développent. C'est là un fait pratique de la plus grande impor-

tance, parce qu'il influe directement sur le choix des méthodes de traitement à mettre en usage. C'est aussi ce que M. Velpeau n'a point manqué de signaler à ses auditeurs, à propos d'un cas de polype fongueux qui s'est présenté dans son service. Voici à cette occasion en quels termes le professeur de la Charité résume ce qui a trait à leur traitement.

Là, comme pour les autres polypes, il y a trois moyens qu'on peut tenter : la cautérisation, l'excision, la ligature. La cautérisation est un mauvais moyen dans ce cas, par ce qu'il est bien difficile d'avoir un caustique qui n'agisse que sur le polype, et n'aille pas au loin agir sur la paroi interne du rectum.

L'excision serait, sans contredit, la méthode la plus facile et la plus sûre. Mais cette opération n'est applicable qu'aux polypes qui ne sont pas vasculaires, ou qui sont très-peu pourvus de vaisseaux. Or, on vient de voir que ce n'est pas là le cas pour les polypes du rectum. Il en est ici comme des tumeurs hémorrhoïdales; aussi presque tous les chirurgiens sont-ils d'accord pour rejeter l'excision. Il ne reste donc que la ligature. C'est, en effet, la seule qui puisse convenir dans la généralité des cas, et c'est celle qui doit être admise comme méthode générale. (*Gaz. des Hôpitaux*, août 1847.)

VÉRATRINE. *Son action thérapeutique.* Frappé des effets remarquables attribués dans des ouvrages modernes à la *vératrine*, recommandée comme le moyen le plus efficace pour combattre les causes et les suites de la paralysie, par l'activité qu'elle imprime à l'absorption et à l'innervation, M. le docteur Gehlhort, de Moscou, s'est livré à de nombreuses expériences sur cette substance, dont voici les principaux résultats.

La vératrine, donnée à petite dose, détermine une sensation particulière d'ardeur, de picotement comme électrique vers les extrémités nerveuses, auxquels succèdent bientôt des effets sédatifs vers les parties affectées de névrose. On voit ensuite paraître des nausées, des vomissements, une sécrétion urinaire abondante, et de la diarrhée. L'auteur pense même que l'usage de ce médicament favorise la menstruation, et agit comme emménagogue. Employée à l'extérieur, la vératrine détermine également des sensations particulières vers la peau, et agit, par l'intermédiaire des nerf cutanés, depuis l'endroit où ont été faites les frictions, sur tous les points qui sont placés sous l'influence de la moelle épinière. Suivant M. Gelhort, les *Indications* de l'emploi de la vératrine sont l'existence de *douleurs*, de *spasmes*, d'*épanchements* et de *paralysie*, soit que cette dernière reconnaisse pour cause des épanchements, ou un *épuisement vital*. La *contre-indication* principale, c'est l'augmentation de l'activité de la circulation, la fièvre, la *phlogose*; et la contre-indication contre l'usage interne, spécialement, l'existence d'une *irritation gastro-intestinale*, ou de quelque altération vers les organes digestifs. La faiblesse même portée très-loin ne contre-indique pas l'emploi de ce remède : ses propriétés stimulantes et l'activité qu'il imprime au système nerveux, le rendent digne d'être employé dans ce cas particulier.

A l'intérieur, la vératrine doit être donnée à la dose de 1 seizième de grain (3 milligr. environ), sous forme pilulaire, deux fois par jour. La dose peut être portée graduellement jusqu'à 4 pilules, selon le degré de sensibilité et suivant que l'on voit survenir plus ou moins rapidement les nausées ou la diarrhée. Pour l'usage externe, on fait préparer une pommade dans laquelle on incorpore de 5 à 20 grains (de 25 centigram. à 1 gramme de vératrine) dans 1 once (30 gram.) de graisse. Afin de graduer facilement l'action du médicament, on peut, ajoute M. Gelhort, prescrire, pour chaque friction, de 1/2 à 1 grain (de 25 milligram. à 5 centigr.) de vératrine pour 15 grains (75 centig.) d'axonge, deux ou trois frictions par jour. L'auteur recommande d'avoir la précaution, avant de mêler la vératrine avec l'axonge, de la faire dissoudre dans une petite quantité d'alcool. Ainsi préparée, cette pommade peut être utile, dit-il, chez les jeunes enfants, chez les femmes à peau délicate, et dans les rhumatismes récents, alors que les accidents fébriles et inflammatoires ont disparu depuis peu de temps; mais dans les cas chroniques, où la peau est peu excitable, les frictions spiritueuses rendent de grands services, alors même que le médicament est à dose moins considérable (de 2 à 10 grains de vératrine par once d'axonge). Les fric-

tions sont continuées, suivant le degré de sensibilité de la peau, pendant dix ou quinze minutes, jusqu'à ce que le malade éprouve un sentiment de picotement ou de brûlure. Voici l'indication des cas particuliers dans lesquels M. Gebhort dit avoir obtenu de bons effets de la vératrine :

1° Dans le *rhumatisme aigu*. L'auteur a observé plus de 60 cas de rhumatismes de toute espèce, et, sur ce nombre, 4 seulement n'ont pas été radicalement guéris, dit-il, soit à cause de l'existence de gonflements notables des articulations, ou d'ankylose, soit par suite de l'impatience des malades, etc. Dans tous les autres cas, on a obtenu une guérison complète, ou au moins une amélioration des plus évidentes. (L'auteur ne dit pas en combien de temps, ce qui n'est cependant pas sans importance dans l'espèce.)

2° *Névralgies*. La vératrine n'a d'avantages dans ces maladies, suivant M. Gebhort, que lorsque la douleur n'est pas fixée à un point, mais s'étend jusqu'aux extrémités nerveuses, ce qui a lieu surtout dans les prosopalgies rhumatismales. La vératrine est complétement inefficace dans tous les cas où la névralgie reconnaît pour cause une affection des parties centrales, une carie, ou toute autre altération profonde, dont la douleur n'est que le symptôme. — Les *prosopalgies* que l'auteur a traitées par la vératrine sont au nombre de 9 : 4 d'entre elles ont été guéries en trois ou quatre jours, par le seul usage des frictions de vératrine, pratiquées sur le point douloureux. Deux autres cas, accompagnés d'insomnie et de fièvre, exigèrent l'administration préalable du chlorure de potassium associé à l'acétate de morphine. Dans deux autres cas, les frictions de vératrine ne firent qu'apporter quelque soulagement.

3° *Maladies spasmodiques de la poitrine*. Dans deux cas de toux convulsive, l'auteur a essayé les frictions de vératrine à la partie externe du cou et dans la partie supérieure du dos, à l'exemple de Riecke, et il a obtenu pour résultat une modification notable dans les angoisses qui précédaient les paroxysmes, les mouvements tumultueux du cœur et de la respiration, et la titillation qui se faisait sentir à la partie interne du cou.

4° *Hydropisies*. L'auteur s'est convaincu que ce médicament ne pouvait être employé avec succès contre les hydropisies, que lorsque celles-ci ne se lient à aucune altération organique. Dans ce dernier cas, la vératrine, comme la plupart des autres moyens, n'apporte qu'un soulagement purement palliatif. C'est dans les hydropisies qui succèdent aux refroidissements, ou dans celles qui se lient à une des conditions morbides des membranes séreuses, qui se rapprochent jusqu'à un certain point du rhumatisme, ou bien, enfin, dans les hydropisies consécutives à la phlogose, et même dans celles qui succèdent à des maladies chroniques, qu'il convient d'avoir recours à cet agent thérapeutique.

5° *Paralysies*. Trois observations de paralysie faciale, intéressant particulièrement les rameaux de la septième paire, et survenue à la suite d'un refroidissement, sans aucune autre altération fonctionnelle, ont démontré à l'auteur que l'action de la vératrine n'est pas exclusivement bornée aux nerfs qui président à la sensibilité, mais qu'elle s'étend aussi à ceux du mouvement. Chez un de ces derniers malades, on avait essayé, depuis trois semaines, la strychnine, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, sans aucun avantage. A cette époque, on eut recours à des frictions de vératrine derrière les oreilles et sur les joues. Six jours après, l'amélioration était evidente. Le dixième jour, il n'y en avait plus de traces. Les frictions avaient produit une assez vive agitation, et en particulier des mouvements involontaires dans les muscles des yeux, du nez et de l'angle de la bouche du côté paralysé. Enfin, M. Gebhort dit encore avoir essayé avec avantage la vératrine dans les paralysies consécutives à l'apoplexie.

Les effets obtenus par M. Gebhort avec la vératrine confirment, en grande partie, ce qui a été publié sur le même sujet, en Angleterre, par le docteur Turnbull et par le docteur Bardsley. Ce dernier s'est loué en particulier des effets de l'acétate de vératrine, donné à la dose d'un quart à un ou deux grains dans les vingt-quatre heures contre les hydropisies. Il a, en outre, rapporté 24 observations de rhumatisme chronique, dont 7 ont guéri parfaitement, 10 ont été notablement soulagés, et 7 autres n'ont pas été modifiés.

Ces expériences sont dignes d'attention et méritent d'être répétées,

avec toute la prudence, toutefois, qu'exige le maniement d'une substance aussi énergique. (*Union médicale*, août 1847.)

VARIÉTÉS.

Plusieurs places étant vacantes à l'Académie de médecine, une Commission a été nommée dans la dernière séance ; elle doit examiner dans quelle section se fera l'élection. Les membres élus sont MM. Baffos, Bouillaud, Bouley, Danyau, Gauthier de Claubry, Gimelle, Guersant, Gérardin, Guibourt, Thillage. On croit que les vacances seront annoncées dans l'ordre suivant : 1° section de pathologie chirurgicale; 2° de pharmacie, 3° d'hygiène.

A la suite d'un brillant concours, M. Michel, de Besançon, vient d'être nommé chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Par ordonnance du roi, les années d'étude de stage des aspirants au titre d'officier de santé ne seront comptées à l'avenir qu'à partir du jour où ces jeunes gens auront accompli leur seizième année.

M. Michel Lévy, professeur à l'hôpital de Metz, vient d'être nommé médecin en chef et premier professeur au Val-de-Grâce, en remplacement de M. Alquié, promu au grade d'inspecteur, membre du Conseil de santé des armées.

Le gouvernement égyptien, voulant offrir à l'Europe toutes les garanties possibles pour le service des quarantaines, vient de doubler le nombre des médecins arabes et européens dans toute l'Egypte. Le nombre des élèves, à l'Ecole de médecine du Caire, a augmenté dans la même proportion.

M. le docteur Guéneau de Mussy, envoyé en Irlande pour étudier l'épidémie de typhus qui désole ce malheureux pays, a été lui-même atteint d'une manière très-grave. Une lettre de Dublin, datée du 21 septembre, annonce que l'état de notre confrère s'est considérablement amendé; mais nous apprenons en même temps que M. Rodier, chargé comme M. Guéneau de la même mission, a été pris à son tour du typhus. On l'a embarqué immédiatement pour Liverpool, pour le soustraire à l'influence épidémique.

Pendant longtemps il n'y a eu en Russie, pour les aliénés, qu'un seul établissement central, qui était situé à Saint-Pétersbourg. Le gouvernement doit en faire construire dans les villes de Moscou, Kasan, Charkow, Kiew, Odessa, Wilna et Riga.

Le ministre de la guerre a décidé que les récompenses suivantes seraient décernées aux officiers de santé militaires qui lui ont adressé les meilleurs Mémoires sur les questions de médecine, de chirurgie et de pharmacie, mises au concours en 1846. MÉDECINE : Mention honorable accordée à M. Dautcourt, chirurgien-major au 59e régiment de ligne. CHIRURGIE : Mention honorable à M. Baiseau, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bordeaux. PHARMACIE : Médaille d'or decernée à M. Demortain, pharmacien aide-major à l'infirmerie de l'Hôtel des Invalides.

MORT DE M. LE DOCTEUR MIQUEL.

Il n'est pas un des lecteurs de ce journal qui ne partage notre vive affliction en apprenant la mort du fondateur, du rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique,* de M. le docteur Miquel, décédé à Nice, le 9 octobre dernier, dans la quarante-cinquième année de son âge, après une longue et très-douloureuse maladie.

Le temps, la liberté d'esprit nous manquent pour payer à la mémoire de notre si regrettable ami un hommage digne de lui. Dans notre prochaine livraison, nous publierons une notice nécrologique où la vie de cet homme de bien, de ce cœur si droit et si bon, de cet esprit si net et si pénétrant, sera simplement racontée, où seront appréciés et énumérés les services véritables que M. Miquel a rendus à notre science et à notre art.

Nous croyons aussi faire une chose agréable aux lecteurs du *Bulletin*, qui étaient tous les amis de M. Miquel, en accompagnant cette notice de son portrait lithographié. La collection de ce journal devait comprendre l'image de son fondateur, de celui qui, par ses efforts, son zèle et son incomparable talent a su l'élever à ce haut degré de prospérité connu de tous.

Depuis six ans, M. Miquel était atteint de la maladie à laquelle il vient de succomber. Depuis cette époque, sa bienveillante confiance m'avait souvent appelé à coopérer à la direction du *Bulletin*. Il y a un an bientôt que ses forces, trahissant son courage, il me proposa une association plus directe et plus intime. J'acceptai avec l'espérance de pouvoir longtemps encore profiter de sa profonde expérience, de ses conseils excellents, de pouvoir longtemps encore être dirigé par lui.

Mais bientôt le mal prit un caractère plus alarmant et plus grave. Ses amis, les conseils de la science le décidèrent à aller chercher sous

des climats plus doux un allégement à ses souffrances. Il partit, m'abandonnant entièrement la direction du *Bulletin,* dont j'ai été exclusivement chargé depuis cette époque.

Personne, mieux que moi, ne sent toute l'étendue de la perte faite par le *Bulletin ;* je ne crains pas d'avouer que je serais comme effrayé de la responsabilité qui désormais pèse sur moi seul, si je ne comptais beaucoup sur la bienveillance de nos lecteurs, qui doivent avoir reconnu, depuis bientôt un an, que j'ai fait tous mes efforts pour ne pas dévier de la ligne si sûre et si sage, tracée par mon honorable et si regrettable prédécesseur, et si je n'étais assuré de l'affectueux concours de tous les anciens collaborateurs du *Bulletin de thérapeutique.*

Docteur DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DES SUITES DE LA SCARLATINE ET DE LEUR TRAITEMENT.

Il y a peu de maladies plus sujettes que la scarlatine à des conséquences désastreuses. Elle partage ce privilége avec la plupart des éruptions aiguës, surtout avec la rougeole; mais il semble que, bien que celle-ci se fasse souvent remarquer par son allure insidieuse, la scarlatine l'emporte encore par ses tendances à l'irrégularité. Nonobstant ce triste privilége qu'elle doit à sa nature, il faut avouer aussi que les écarts qu'on lui reproche ne sauraient toujours être mis sur son compte, et qu'ils tiennent très-souvent aux vices du traitement qu'on lui fait subir. Quoi qu'il en soit du principe des dangers de la scarlatine, ils n'en sont pas moins réels. Essayons de découvrir ce qui les produit, comment ils se développent, et indiquons de notre mieux les moyens de les prévenir et de les enrayer.

La scarlatine, aucun médecin ne l'ignore, débute en général par l'ensemble des symptômes d'une pyrexie catarrhale, atteignant de préférence la gorge et les rameaux bronchiques. L'irritation de la gorge occasionne une angine, celle des bronches un rhume de poitrine. Au degré le plus léger ces irritations sont modérées, et s'évanouissent à l'apparition des plaques rouges dont la peau se recouvre. Ces plaques rouges elles-mêmes se manifestent d'abord à la face, au cou, à la poitrine et aux bras, glissent ensuite vers les régions extérieures du corps, pour se montrer en dernier lieu sur les membres pelviens. Leur teinte, claire en commençant et sous forme de marbrures disparaissant sous la pression des doigts, se fonce rapidement et acquiert à leur *summum* une nuance cramoisie qui s'affaiblit peu à peu des extrémités supérieures aux inférieures, comme elle s'était formée. Au terme de son cours légitime, la sueur, des garde-robes spontanées, des urines copieuses, à sédiment abondant, et la désquammation de la peau emportent définitivement la maladie dans l'espace d'un ou deux septénaires.

Ce tableau est l'image de la scarlatine bénigne, c'est celle que le praticien doit toujours avoir présente à la pensée, pour s'efforcer d'y ramener les espèces qui tendent à s'en écarter. Les déviations arrivent, nous l'avons déjà annoncé, par une méthode vicieuse de les traiter, ou par une disposition spontanée dont la cause se cache dans le secret des constitutions médicales. Nous noterons néanmoins, comme un fait hors de doute, que l'automne semble jouir de l'avantage de provoquer la dégé-

nération de ces maladies ; car c'est spécialement sous son influence qu'on rencontre le plus grand nombre de scarlatines pernicieuses. Ce que nous disons de l'automne s'applique avec raison aux circonstances atmosphériques semblables à celles de cette saison ; remarque très-bonne à constater, puisqu'elle avertit le médecin de n'avoir jamais plus de sollicitude pour les scarlatines, que lorsqu'elles se manifestent sous une constitution automnale.

On peut, d'ailleurs, s'apercevoir à plusieurs signes que les scarlatines inclinent à dégénérer. La fièvre d'invasion fournit le premier. Lorsque la scarlatine menace de prendre une fausse route, la fièvre initiale s'annonce ordinairement avec une vivacité insolite, s'accompagnant de symptômes nerveux et d'une altération des traits qui ne se rencontrent pas dans les scarlatines bien ordonnées. Un autre signe, peut-être encore plus significatif, se tire de l'aspect de l'éruption. Les taches se produisent difficilement, paraissent sans ordre sur plusieurs points de la surface, marquent très-inégalement aux diverses régions du corps, s'effacent et reparaissent alternativement. Sur ces entrefaites, la fièvre, au lieu de tomber, s'exaspère de jour en jour, la tête s'embarrasse de plus en plus, l'angine et la toux augmentent dans le même rapport. Arrivée à ce degré, le danger est déjà confirmé, et l'on a à redouter toutes les conséquences d'une scarlatine irrégulière.

Le redoublement des symptômes déjà existants et l'accession d'un nouveau groupe de phénomènes ne laissent plus lieu de douter de la gravité de la maladie. Parmi ces derniers, on doit comprendre l'apparition d'un trouble de l'innervation caractérisé par la décomposition de la face, un délire nocturne d'abord, continu ensuite, l'agitation générale, l'aridité rude de la peau, la presque entière disparition de l'éruption, la fréquence de la toux, le ballonnement du ventre, sans déjection aucune, ou accompagné de déjections séreuses réitérées. Cet appareil typhoïde coïncide fréquemment avec une infiltration générale de noyaux inflammatoires dans les deux poumons, et quelquefois aussi avec la mortification de plusieurs points de la muqueuse de l'arrière-bouche. Lorsque la maladie est arrivée à ce degré de gravité, il ne faut pas moins que la plus grande habileté pour la faire rétrograder. Si on a ce bonheur, on en est averti par un certain nombre de signes bien précieux à recueillir. Nous allons citer les plus remarquables.

La peau s'assouplit et devient moite, les taches renaissent à la surface, les urines coulent en plus grande quantité, les garde-robes sont plus rares et plus liées. Bientôt après le délire cesse, le ventre se détend, la toux devient plus grasse, s'accompagne de l'expectoration de crachats cuits, la fièvre est moins ardente. Ce concours de signes rappelle

un juste espoir de venir à bout de la maladie. Mais sa terminaison heureuse se fait toujours attendre, fréquemment traversée par le retour de quelques anciens accidents. La durée totale de ces sortes de scarlatines se prolonge au delà de trois à quatre septénaires; la plupart atteignent même quarante jours. Enfin, leur solution arrive lorsque, après l'amendement graduel des divers symptômes, il survient des sueurs générales, la desquammation de la peau, des urines sédimenteuses et des garde-robes bien liées.

Cependant il ne faut pas croire que telle soit dans tous les cas la solution des scarlatines que nous venons de signaler. Souvent, au contraire, elles se terminent sans aucune évacuation critique décidée. On remarque seulement que les symptômes s'affaiblissent de jour en jour, dès l'apparition de l'éruption qui s'était effacée, ou bien après une légère moiteur de la peau, ou par suite d'une expectoration de bonne nature. La solution par des évacuations simultanées à travers les différents couloirs est la plus franche, celle qui promet la guérison la plus solide; l'autre terminaison, par une résolution insensible, par des crises partielles et brisées, expose au contraire à des rechutes imminentes. La convalescence se ressent des effets différents de ces deux solutions. Après la solution franche, elle est prompte et facile, tandis que la convalescence consécutive à la seconde solution se fait attendre, est embarrassée d'obstacles et n'offre pas la même garantie. Nous n'avions donc pas tort d'annoncer, en commençant notre article, que la scarlatine était une affection pleine de dangers. La description sommaire que nous avons faite de ses caractères ordinaires montre, en effet, qu'il n'est peut-être pas une classe d'éruption plus grave ni plus difficile à diriger. Disons maintenant comment on peut s'en rendre maître, ou conjurer assez tôt l'imminence de ses dangers.

Le traitement de la scarlatine est très-simple si elle est bénigne et telle que nous l'avons d'abord présentée. On peut même dire que dans cet état de bénignité parfaite elle ne laisse absolument rien à faire; tout son traitement consiste alors en effet dans une diète très-légère, dans l'usage de boissons diaphorétiques et l'emploi de quelques bains de pieds. Ainsi ne procèdent pas les médecins qui, méconnaissant les ressources de la nature, se montrent toujours prêts à s'immiscer dans ses opérations par une thérapeutique au moins inutile. Ceux-ci ne peuvent voir sans terreur la moindre fièvre, comme si toute fièvre devait avoir pour conséquence l'aggravation des maladies et qu'il n'y eût pas, au contraire, mille exemples de fièvres vraiment résolutives ou critiques. Telle est cependant la nature de celle qui précède les éruptions. Cela est si vrai qu'elle s'évanouit toute seule aussitôt que l'éruption est

consommée. Ici, loin que les moyens employés pour la combattre entravent le cours de la maladie, ils ne font qu'en prolonger la durée, heureux quand ils ne la transforment pas en une maladie de mauvais caractère. Lorsque l'éruption est terminée, il est toujours bon de parer aux inconvénients possibles en secondant la solution naturelle à l'aide de quelques douces purgations.

Si rien n'est plus simple que de triompher d'une scarlatine bénigne, rien n'est plus difficile que de venir à bout d'une scarlatine d'une nature pernicieuse. Trop souvent, ceux qui ne voient dans les éruptions aiguës qu'une inflammation de la peau la poussent à travers les écueils au lieu de l'en retirer. Ils y parviennent en l'attaquant, dès son entrée, à grand renfort d'émissions sanguines et d'autres agents débilitants, jusqu'à ce que, la réaction à peu près éteinte, les malades restent exposés sans défense aux symptômes les plus dangereux. Ce n'est pas qu'il faille laisser marcher une pyrexie d'une intensité extrême et qui menace de concentrer ses efforts sur des organes tels que la gorge et les voies respiratoires ; mais il importe de ne pas aller trop loin dans l'administration des débilitants, de peur, nous devons le répéter, d'empêcher toute réaction. Une ou deux saignées suffisent pour l'ordinaire conjointement avec une ou deux applications de sangsues, ou mieux encore, de ventouses scarifiées. Les ventouses scarifiées, dont on ne fait pas un usage assez général dans les fièvres éruptives, méritent pourtant la préférence sur les sangsues ; ce qui s'explique par l'appel énergique opéré au moyen de ventouses vers l'organe cutané, issue naturelle des principes morbides, à l'avantage des viscères qui ne se prennent guère que dans le cas où la peau se refuse à leur servir d'émonctoire. Ce n'est pas assez de se renfermer dans des bornes étroites à l'égard de l'emploi des émissions sanguines ; il y a encore un inconvénient majeur à se hâter de remplacer les saignées par les purgatifs, et un plus grand inconvénient à substituer ces derniers aux premières. Aujourd'hui, on le sait, on use et on abuse à Paris des purgatifs en les appliquant sans discernement à presque tous les cas pathologiques et à toutes les époques des maladies. Nous ne saurions donc trop le répéter, peu d'agents sont plus pernicieux en général que cet ordre de moyens au principe des affections, et ils le sont surtout éminemment au début des fièvres éruptives. Ils troublent presque infailliblement leur cours naturel en détournant, pour une violente fluxion du côté du tube intestinal, la tendance spontanée des mouvements du côté de la surface du corps. Les effets de cette perturbation sont une diarrhée intempestive qui dégénère fréquemment en flux de sang, la délitescence des taches de la peau et la provocation de l'infiltration cellulaire. Le

seul moment favorable à l'emploi des purgatifs, c'est la période du déclin des éruptions; autant ils rendent service à cette époque, autant ils sont nuisibles dans les premiers temps.

A la faveur de ces préceptes, on préviendra très-souvent les symptômes fâcheux de la scarlatine. Une fois que ces symptômes ont fait explosion, dès que la scarlatine s'est compliquée d'un état typhoïde, la lésion des centres nerveux, qui marche ordinairement de front avec les progrès des inflammations de la gorge et des poumons, hérisse de difficultés sans nombre la thérapeutique de ces fièvres éruptives. En effet, si l'on porte remède aux symptômes nerveux, on exaspère en même temps les noyaux inflammatoires; si l'on s'empresse, au contraire, de remédier aux phlogoses locales, on accroît par les mêmes moyens les symptômes typhoïdes. Aussi la scarlatine menace-t-elle alors d'emporter les malades. Cependant il n'est pas impossible de lutter avec avantage contre les deux ordres de lésions. On les combat par une combinaison très-délicate des antispasmodiques, des adoucissants, des épispastiques et de doux évacuants. Les antispasmodiques stimulent modérément, tandis qu'ils éteignent l'effervescence du système nerveux; les adoucissants remplissent le même office, en tempérant en même temps les inflammations locales; les épispastiques attirent vers la peau les irritations de toutes espèces qui pèsent sur les organes internes; enfin les purgations douces dégagent par une révulsion ménagée les points de concentration de la tête, de la gorge et de la poitrine. Le degré relatif des nombreux éléments de cette méthode composée doit être proportionné au rôle respectif des états morbides existants. Ainsi, c'est tantôt aux antispasmodiques à prendre le dessus, tantôt aux adoucissants, d'autres fois aux épispastiques ou aux évacuants. Il n'est pas rare que le praticien soit obligé de donner alternativement la prépondérance à ces divers ordres de moyens; mais il est beaucoup plus rare qu'il puisse se passer de leur combinaison; le camphre et le nitre mis dans une potion pectorale satisfont à la fois aux indications antispasmodique et antiphlogistique, sans parler des applications émollientes topiques. Les vésicatoires promenés le long des membres agissent de concert; enfin des laxatifs ou quelques grains de calomel, en attendant que la chute de l'excès d'irritation autorise l'emploi des purgatifs salins, complètent l'ensemble des médicaments suggérés par la méthode complexe de la thérapeutique des scarlatines pernicieuses. Nous dirons peu de chose du régime. Dans une scarlatine simple la diète peut n'être pas très-rigoureuse, surtout chez les enfants; mais dans les scarlatines graves, elle doit être absolue tant que les symptômes nerveux mettent la vie en péril.

Une fois sorti de danger, une surveillance attentive doit en prévenir le

retour. On y parvient en combinant les toniques doux propres à faciliter les digestions avec une alimentation de plus en plus restaurante et l'administration des purgatifs salins. Ces derniers purgatifs sont absolument indispensables; ils sont loin de retarder le rétablissement des forces. Lorsqu'on n'insiste pas suffisamment sur leur emploi, il se forme des abcès en divers points, des infiltrations générales ou partielles, dont le résultat immédiat est de continuer à débiliter en épuisant les forces et en prolongeant la convalescence.

DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DES BAINS DE SUBLIMÉ DANS QUELQUES AFFECTIONS CUTANÉES CHEZ LES TRÈS-JEUNES ENFANTS.

Les bains de sublimé constituent un moyen thérapeutique généralement trop négligé, et qui peut rendre pourtant les plus grands services dans le traitement de quelques affections de la première enfance. Nous nous proposons dans cette courte note, dont le caractère est exclusivement pratique, d'appeler l'attention sur les avantages incontestables qu'on peut retirer de cette médication bien dirigée. Des préventions peu fondées et démenties chaque jour par l'observation sont partagées encore aujourd'hui par un grand nombre de praticiens. Nous essayerons de montrer combien sont vaines les craintes qu'inspire généralement cette médication, combien sa puissance est grande, quelle simplicité présente son emploi. Nous bornerons d'ailleurs nos réflexions à quelques formes d'affections cutanées qu'on rencontre communément chez les très-jeunes enfants.

De tous les reproches qu'on a adressés aux bains de sublimé, le plus important, sans contredit, c'est l'inconvénient qu'on leur attribue de pouvoir déterminer des accidents toxiques le plus souvent irremédiables, l'absorption du médicament se faisant en très-grande proportion par la surface cutanée, et le malade restant, pendant toute la durée du bain, exposé au danger d'avaler une certaine quantité du liquide, suffisante pour produire des phénomènes graves. Si ce double danger était réel, si l'absorption par la surface cutanée et celle qui peut se faire accidentellement par les membranes muqueuses, étaient assez grandes pour amener des phénomènes d'intoxication, il en résulterait évidemment qu'il convient le plus souvent de s'abstenir d'un moyen puissant, mais dont l'emploi est dangereux. Voyons, à cet égard, ce qu'apprend l'observation.

Pendant bien des années, nous avons vu administrer à l'hôpital de Tours, chez les adultes, des bains de sublimé, sans que jamais le moindre phénomène toxique se manifestât. La dose de sublimé était ce-

pendant considérable : elle variait généralement de 30 à 40 grammes par bain. Dans le service de M. le professeur Trousseau, les bains de sublimé sont chaque jour prescrits à un très-grand nombre de malades, les uns adultes, les autres au contraire dans les deux premières années de la vie. La dose ordinaire du sublimé est de 15 à 20 grammes par bain. L'enfant est placé dans le même bain que sa mère, et y reste le même temps, c'est-à-dire pendant une heure environ. Il est sans exemple pour M. Trousseau que le moindre accident soit jamais survenu à la suite de l'administration de pareils bains. Nous ajouterons enfin que nous-même, témoin de la puissance et de l'innocuité de cette médication, nous n'avons pas hésité à y recourir chez de très-jeunes enfants, et que nous n'avons jamais observé le plus léger symptôme d'intoxication. Ces résultats ne sont point exceptionnels : ils sont confirmés par ceux qu'obtiennent également les autres praticiens. Il suffit que les précautions les plus vulgaires, celles qu'on ne néglige pas même pour les bains d'eau simple, aient été prises.

Ce résultat était d'ailleurs bien facile à prévoir. Que l'on considère, en effet, combien la proportion de sublimé est faible en réalité, et l'on se convaincra que l'apparition d'accidents toxiques supposerait l'absorption d'une énorme quantité de cette solution si faible. Si l'on admet, en effet, qu'un bain ordinaire, qui se compose d'au moins deux cents et souvent deux cent cinquante litres de liquide, renferme 15 grammes de sublimé, ce qui est la dose habituelle, chaque litre de liquide contient alors, dans le premier cas, 75 milligrammes, et dans le second, 60 milligrammes seulement de sublimé.

On voit par là combien les bains de sublimé doivent en réalité présenter peu de dangers. Admettons que, par suite d'une imprudence bien difficile d'ailleurs à comprendre, et qu'on peut objecter à tout bain médicamenteux, le malade puisse avaler une certaine quantité de liquide, il est évident que cette quantité sera toujours trop petite pour qu'on puisse redouter des accidents toxiques graves. S'il s'agit d'un très-jeune enfant, le danger est peut-être moins grand encore. Il est impossible de supposer qu'on laisse avaler à un enfant plus de 20 à 30 grammes de liquide du bain, quantité qui renfermerait à peine la dose infiniment petite d'un milligramme de sublimé.

Reste donc l'absorption qui se fait par la surface cutanée, absorption impossible à calculer rigoureusement, mais que l'observation montre complétement exempte de dangers. Soit que, d'ailleurs, la peau ne présente aucune surface ulcérée, soit qu'au contraire on rencontre de larges excoriations ou même des ulcérations plus profondes, nous n'avons jamais vu le moindre accident se manifester à la suite de l'ad-

ministration des bains de sublimé. Il nous semble qu'on doit admettre dans ces conditions, ou bien que l'absorption du sublimé est peu active, ou bien, et plus probablement, qu'il se passe au contact des produits de la sécrétion sudorale une réaction chimique qui altère le sublimé.

Il faut donc bien reconnaître que les bains de sublimé sont exempts des graves dangers qu'on leur a reprochés d'amener. Ils n'ont en réalité que deux effets physiologiques bien constants : l'un immédiat, qui s'observe dès l'administration des premiers bains ; l'autre qui est plus long à se produire.

Le premier consiste dans une propension presque invincible au sommeil. Chez les adultes, mais bien plus encore chez les très-jeunes enfants, cette tendance est quelquefois si prononcée, qu'il devient presque impossible de la combattre. Nous avons vu bien souvent des enfants chez lesquels un bain de sublimé était suivi d'un sommeil non interrompu pendant quatre, cinq et même six heures. Cet effet est très-marqué dès les premiers bains ; il va en diminuant pour cesser tout à fait lorsque l'habitude du bain s'est établie. C'est un phénomène qu'il nous semble bien difficile d'expliquer. A quelque cause qu'il se rattache d'ailleurs, il ne peut jamais être considéré comme fâcheux. Dans bien des cas, au contraire, c'est un résultat avantageux, et qu'on doit rechercher.

Le second effet, plus lent à se produire, est la singulière disposition qu'ont les malades à engraisser notablement à la suite de l'administration des bains de sublimé. C'est un phénomène que nous avons constaté bien des fois et qui paraît être indépendant de l'effet thérapeutique des bains de sublimé. Ce n'est pas parce que l'affection à laquelle on les oppose est en voie de guérison, que le malade, replacé dans les conditions physiologiques normales, engraisse graduellement. C'est en quelque sorte en vertu d'une action directe et propre du sublimé. Il suffit, pour s'en convaincre, d'observer ce qui se passe lorsque ces bains sont pris par des sujets bien portants, lorsqu'ils sont administrés, par exemple, dans les services de nourrices, où les mères accompagnent au bain leurs enfants malades, et y restent le même temps qu'eux. Il est rare qu'après dix à douze bains de sublimé, on ne constate pas l'effet que nous signalons. C'est donc un résultat indépendant de l'action thérapeutique du sublimé, et qui semble complétement subordonné à son action physiologique.

Les considérations qui précèdent étaient indispensables pour établir l'innocuité de cette médication, et justifier ainsi son emploi. Nous nous bornerons à rapporter quelques observations qui montrent combien elle

est puissante dans certaines affections cutanées bien communes chez les très-jeunes enfants.

De toutes les éruptions qui se manifestent si fréquemment dans la première enfance, celles qu'on observe le plus ordinairement sont l'eczéma, avec ses diverses variétés, et l'impétigo. Lorsqu'elles occupent le visage, soit dans la totalité, soit dans une partie seulement de son étendue, on les comprend toutes habituellement sous le nom général de gourmes.

L'eczéma se présente sous trois formes principales : l'eczéma simplex, l'eczéma rubrum, et l'eczéma impetiginodes. Le premier, eczéma simplex, la forme la plus bénigne de toutes, est loin d'être la plus commune. Il est rare même qu'elle persiste pendant un certain temps sans se modifier, sans passer à l'état impétigineux, ou du moins sans que des pustules d'impétigo viennent se développer sur les surfaces eczémateuses excoriées, et recouvertes de lamelles croûteuses. Nous n'avons jamais vu cette forme d'eczéma, chez les très-jeunes enfants, résister à un emploi convenable des bains de sublimé. Le plus souvent leur action était très-manifeste dès le quatrième ou le cinquième bain, et la guérison complète après le dixième ou douzième. Dans certains cas, l'effet thérapeutique était produit beaucoup plus rapidement encore. Mais ce sont des faits exceptionnels, sur lesquels on ne doit jamais compter à l'avance.

L'eczéma rubrum est une forme rare chez les très-jeunes enfants. C'est à peine si, dans les services les plus variés, on a l'occasion d'en observer quelques cas isolés. Il est en général beaucoup plus tenace que les autres variétés d'eczéma, et se reproduit avec la plus grande facilité, pour peu que la médication reste interrompue pendant quelques jours. Les bains de sublimé nous ont semblé le modifier moins rapidement que les autres variétés d'eczéma. L'effet thérapeutique est bien sensible dès les premiers bains, mais il n'est véritablement complet qu'après trois semaines et souvent un mois de traitement, c'est-à-dire après vingt ou trente bains. Si ce résultat est moins heureux que celui que nous venons de signaler, il est pourtant vrai de dire que la thérapeutique ne possède aucun autre moyen dont l'action soit plus prompte et plus puissante. Le fait suivant a trait à un des cas les plus graves que nous ayons observés.

Au n° 5 bis de la salle Sainte-Julie (hôpital Necker), était amenée une petite fille âgée de six mois, allaitée par sa mère. Elle était bien développée ; sa santé s'était toujours maintenue bonne jusqu'il y a environ une douzaine de jours. A ce moment, et en l'absence de toute cause extérieure appréciable, elle avait été prise d'une éruption fort étendue, qui

avait envahi d'abord les deux jambes et les pieds, puis très-rapidement les cuisses, et toute la partie inférieure du tronc. Les premiers jours, la peau dans ces différents points avait été sèche et rugueuse au toucher. Mais bientôt elle s'était recouverte d'excoriations superficielles, qui laissaient suinter un liquide séreux, abondant. L'enfant, depuis le début de l'éruption, n'avait jamais eu de fièvre : elle avait conservé son appétit et sa gaieté ordinaires : l'amaigrissement était peu prononcé.

Au moment de son entrée à l'hôpital, elle se présente dans l'état suivant : les deux extrémités inférieures, dans la totalité de leur étendue, sont d'une rougeur extrêmement vive, comme excoriées superficiellement, et laissent suinter un liquide séreux, à peine opaque, d'une odeur désagréable. Elles sont recouvertes de très-larges squammes peu épaisses qu'on détache avec la plus grande facilité, et qui se détachent elles-mêmes par le simple frottement des jambes de l'enfant, mais qui se reproduisent très-rapidement. Les fesses, le pourtour de l'anus, la vulve, le pénil, et la paroi abdominale dans toute la portion au-dessous de l'ombilic, sont le siége de la même altération. La paroi thoracique, particulièrement dans les parties latérales, est le siége d'une rougeur assez intense, beaucoup plus manifeste lorsqu'on détache de petites squammes minces. On n'y trouve aucune trace ni d'excoriation ni de suintement. La rougeur est uniformément répandue sur tous les points malades, mais elle semble plus prononcée encore au niveau des parties qui sont baignées par l'urine et les matières fécales, comme les fesses, la vulve et la partie postérieure des cuisses.

On prescrit la solution suivante :

Sublimé. . . . . . 15 grammes.
Dissolvez dans alcool . . . . 100 grammes.

L'enfant prendra chaque jour, avec sa mère, un bain contenant la même dose.

L'effet thérapeutique était sensible dès le quatrième bain. La rougeur devenait beaucoup moins vive, le suintement séreux avait diminué. On continua chaque jour, avec la même régularité, les bains de sublimé. L'enfant y était maintenu par sa mère pendant une heure, et chaque bain était suivi de trois à quatre heures d'un profond sommeil.

Vers le quinzième jour du traitement, une affection catarrhale obligea à suspendre les bains, qui ne purent être repris qu'après quelques jours. La rougeur était revenue presque aussi vive au niveau des cuisses et du pénil. Sous l'influence de la médication, et après un mois de traitement suivi avec régularité, l'eczéma rubrum avait disparu. Il n'existait plus dans aucun point ni suintement, ni pellicules

squammeuses. La peau avait presque repris sa couleur naturelle. A ce moment la malade fut atteinte de la rougeole qui régnait épidémiquement dans la salle, et y sévissait avec une grande violence. L'éruption se fit d'une manière irrégulière ; une pneumonie intense se déclara bientôt, et envahit rapidement les deux côtés. Elle fut mortelle comme l'étaient dans cette épidémie les pneumonies morbilleuses chez presque tous les autres enfants.

L'eczéma impetiginodes est de toutes les éruptions eczémateuses la plus commune chez les enfants. Qu'elle revête cette forme de prime abord, ou bien qu'elle ne soit qu'une terminaison d'un eczéma simple, elle cède avec une égale facilité à l'emploi convenablement dirigé des bains de sublimé, ainsi qu'on peut le voir par l'observation qui suit :

Normand (Julien), âgé de deux ans et demi, est amené à l'hôpital Necker. Cet enfant est mal développé et profondément rachitique depuis l'âge de huit mois. Les os des cuisses, des jambes, des bras et des avant-bras, sont considérablement incurvés. L'enfant n'a marché qu'à vingt-six mois. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, il fut pris d'une ophthalmie qui céda rapidement à un collyre au sulfate de zinc. Huit ou dix jours après, il survint un eczéma impétigineux, qui occupe le nez, les paupières, les joues et la lèvre supérieure, en même temps que la face dorsale de la main gauche et de l'avant-bras. La rougeur est très-vive, la suppuration fort abondante, les points malades sont recouverts de croûtes jaunes et épaisses. Il reste quelques pustules impétigineuses non excoriées.

On prescrit un bain avec 15 grammes de sublimé (préalablement dissous dans 100 grammes d'alcool.) La mère accompagnera l'enfant au bain et lotionnera tous les points malades du visage. Le même bain chaque jour.

Le troisième jour du traitement, la joue droite était déjà en partie guérie. Il ne restait plus qu'une vive rougeur. Partout la suppuration avait très-notablement diminué.

Le sixième jour, toutes les croûtes étaient tombées. La suppuration était très-peu abondante, mais la rougeur toujours vive.

Le dixième jour, la suppuration était tarie. Les croûtes ne se formaient plus, il ne restait que de la rougeur.

On continua chaque jour les bains de sublimé à 15 grammes, et après treize bains, la guérison était complète ; l'enfant pouvait quitter l'hôpital. Il ne restait plus de traces de l'eczéma impétigineux. Les pustules d'impétigo non excoriées avaient disparu. C'est à peine si la peau moins souple, un peu plus rude au toucher, et très-légèrement colorée, pouvait indiquer le point frappé par le mal.

Nous nous bornons à ce seul fait, parce qu'il exprime ce qui se passe dans les conditions ordinaires. Il arrive sans doute quelquefois ou que la guérison s'obtienne beaucoup plus rapidement, après cinq ou six bains par exemple, ou que, plus rarement il est vrai, elle ne se produise qu'après un temps beaucoup plus long. Ce sont là des faits qui sortent également de la règle commune. Ce sont de véritables exceptions.

Nous avons dit que l'impétigo, soit qu'il existe seul, soit qu'il complique une éruption eczémateuse, cède à l'administration des bains de sublimé. C'est un résultat qui s'observe chaque jour, et il mérite d'autant plus de fixer l'attention, qu'en général les éruptions franchement impétigineuses sont assez tenaces et difficiles à modifier. L'observation suivante est un des exemples les plus concluants que nous puissions citer. Elle a trait à un impétigo aigu compliqué d'ulcérations superficielles. Des bains de sublimé sont administrés pendant longtemps, sans déterminer le moindre accident toxique. Les plaques impétigineuses et les ulcérations superficielles marchent en même temps à la guérison.

Au n° 7 bis de la salle Sainte-Julie est couché un enfant de cinq mois, d'une constitution assez chétive. A quinze jours il prend le muguet, qui dure pendant trois semaines environ, puis des convulsions qui cèdent avec une grande rapidité. L'enfant a rarement la diarrhée, souvent des coliques, et presque toujours de la toux.

Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, de nombreuses pustules d'impétigo se développent au visage, sur le tronc, et jusque sur les membres, sans s'accompagner de fièvre d'ailleurs. Quelques-unes sont déjà recouvertes d'une croûte jaune, fort épaisse. Il s'en développe de nouvelles sur le tronc et les membres, pendant les premiers jours de l'entrée de l'enfant à l'hôpital.

On prescrit un bain de sublimé à 15 grammes pour la mère et l'enfant.

Le troisième jour, l'impétigo s'était notablement amendé. La suppuration était bien moindre, les croûtes se détachaient. Après le septième bain, la guérison était complète. La suppuration était tarie. Les croûtes détachées ne se reformaient plus. Il restait seulement, au niveau des points malades, de petites taches rouges, non rugueuses.

Cinq jours après, sans fièvre, sans aucun symptôme préalable, il se développe de nouveau au visage, sur le tronc, sur les membres, de nouvelles pustules d'impétigo très-caractérisées et très-nombreuses. Quelques-unes se sont excoriées pour donner lieu à de petites ulcérations superficielles. La plupart se recouvrent de croûtes jaunes et épaisses, et sont le siége d'une abondante suppuration. L'éruption est confluente au niveau des fesses, des cuisses et des jambes. La santé générale de

l'enfant est bonne. On reprend les bains de sublimé à la même dose, et on les continue également chaque jour.

Le sixième jour, un grand nombre de croûtes s'étaient détachées, la suppuration était bien moins abondante, les ulcérations presque toutes en voie de guérison, et quelques-unes déjà complétement cicatrisées.

Le treizième jour, toutes les pustules impétigineuses et toutes les croûtes avaient complétement disparu, excepté au niveau des fesses. Il ne restait plus que quelques ulcérations non cicatrisées.

Le seizième jour enfin, la guérison était complète : il n'y avait plus ni croûtes impétigineuses, ni surfaces excoriées, ni ulcérations superficielles. On suspendait l'usage des bains de sublimé.

Il faut donc bien reconnaître et la puissante action et l'innocuité des bains de sublimé, dans les diverses éruptions cutanées non fébriles qui peuvent se manifester chez les très-jeunes enfants. Tout se réduit à déterminer les règles qu'il convient de suivre pour que la médication conserve toujours et cette puissance et cette innocuité.

Dans les hôpitaux, où la solution de sublimé nécessaire pour les bains est délivrée chaque jour et pour chaque bain, où elle n'est jamais à la disposition des malades, on ne saurait jamais concevoir la moindre inquiétude. Tout accident grave est impossible. Dans la pratique de ville, il n'en est plus de même, et il devient nécessaire de recourir à certaines précautions.

On peut alors, ou bien faire préparer à l'avance une solution de sublimé suffisante pour quelques bains par exemple, ou mieux encore, faire diviser la même quantité de sublimé en un certain nombre de paquets, un seul étant donné pour chaque bain. Si la mère doit accompagner l'enfant au bain, on prescrit alors une solution dans les proportions suivantes :

Pr. Sublimé. . . . . 60 grammes.
Alcool . . . . . 200 grammes.

pour quatre bains, chaque bain devant alors contenir 15 grammes de ublimé.

Si le bain, au contraire, doit être pris par l'enfant seulement, on prescrit une solution de :

Pr. Sublimé. . . . . 4 grammes.
Alcool . . . . . 40 grammes.

pour quatre bains, chaque bain formé de 20 litres de liquide contenant ainsi 1 gramme de sublimé.

On peut encore conserver la même proportion, en faisant préparer

non plus une solution, mais bien des paquets qui contiennent chacun, dans le premier cas 15 grammes, dans le second cas 1 gramme de sublimé. Avec ces simples précautions, le danger disparaît complétement.

Nous nous sommes borné à signaler quelques conditions bien communes dans lesquelles les bains de sublimé peuvent rendre de grands services aux praticiens. Leur indication est évidente dans un bon nombre d'autres circonstances, et particulièrement dans les affections syphilitiques constitutionnelles de la première enfance, affections très-fréquentes et qui sont bien souvent méconnues. C'est là une méthode thérapeutique d'une grande utilité. Elle a pour elle aujourd'hui la sanction de l'expérience, qui seule juge en dernier ressort la valeur des médications. Duclos (de Tours), D. M.

DE L'HÉMORRHAGIE INTESTINALE ET DE SON TRAITEMENT DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Après la perforation, l'hémorrhagie intestinale est, sans contredit, l'accident le plus grave qui puisse survenir pendant le cours d'une fièvre typhoïde. Si l'hémorrhagie est moins dangereuse que la perforation, il faut le dire, elle est beaucoup plus fréquente, et quelquefois même tout aussi fatale. De sept sujets sur lesquels ces hémorrhagies ont été observées à l'Hôtel-Dieu, dit M. Genest, clinique de M. Chomel, chez six la maladie s'est terminée d'une manière funeste ; un seul a guéri. Les épistaxis fréquentes, qui ont lieu au commencement de l'affection, indiquent la tendance hémorrhagique qui se manifeste à son début ; l'éruption lenticulaire rosée, les pétéchies et surtout les taches bleuâtres ou ecchymotiques, sortes de suffusions sanguines, que l'on observe plus tard, confirment cette tendance. Les épistaxis peu considérables, et lorsqu'elles sont formées de sang encore plastique, ont quelquefois l'avantage de dissiper la céphalalgie ; mais, lorsqu'elles arrivent plus tard, ou lorsqu'elles dépassent certaine mesure, elles constituent des accidents qui ont presque la gravité de l'hémorrhagie intestinale. Quant à celle-ci, survenant toujours vers le troisième septénaire, et lorsque le malade est déjà très-affaibli, il est rare, excepté parfois dans la forme inflammatoire de la maladie, qu'on ne la considère comme un épiphénomène des plus fâcheux.

L'augmentation de la fluidité du sang prédispose certainement les sujets atteints de fièvre typhoïde aux hémorrhagies. On sait, en effet, que, chez eux, ce fluide contient moins de fibrine, et que son sérum est d'une moindre densité que dans l'état normal. L'hémorrhagie a lieu tantôt par les surfaces ulcérées de l'iléon, et tantôt par exhalation.

Elle peut être foudroyante dans le premier cas, et on trouve, à l'autopsie cadavérique, de petits caillots plus ou moins adhérents aux ulcérations, et qui semblent indiquer les points d'où le sang s'échappait. C'est chez ces sujets qu'on voit le plus ordinairement, pendant la vie, le sang sortir avec une grande abondance, et souvent comme moulé, parce qu'il est encore doué d'une certaine plasticité. Dans le second cas, il est plus fluide et plus intimement mêlé aux fèces et aux diverses matières muqueuses ou bilieuses contenues dans le canal intestinal. Quoique d'un pronostic plus fâcheux, l'hémorrhagie de la première espèce peut céder également aux ressources de l'art. Les hémorrhagies par exhalation ont rarement lieu à une époque aussi avancée de la maladie. M. Forget, dans son Traité de l'entérite folliculeuse, p. 423, en rapporte un exemple qui survint presque au début de l'affection, et qui se manifesta sous la forme insolite de vomissements. Il provenait sans doute de l'estomac. Presque toujours fourni par les parties moyennes ou inférieures de l'intestin, le sang s'échappe avec les gardes-robes. Il est ordinairement difficile de dire s'il est produit par ulcération ou par exhalation; seulement, les hémorrhagies de la première espèce ne peuvent avoir lieu avant la séparation des plaques réticulées ou gaufrées, c'est-à-dire pendant le troisième septénaire de la maladie. Le traitement ne nous a pas paru avoir d'influence marquée sur la production de l'hémorrhagie intestinale. Sur les cinq cas que nous avons observés à l'hôpital Beaujon, en 1843 et 44, un malade était soumis à l'expectation, deux à l'usage des purgatifs, et deux avaient été saignés au début, et eu des ventouses appliquées sur la région cœcale. Nous avons perdu un de ces deux derniers malades. C'est surtout chez les sujets de quinze à vingt-trois ans, et même dans un âge beaucoup moins avancé, que nous avons vu l'hémorrhagie intestinale survenir. D'autres observateurs, M. Grisolle entre autres, l'ont plutôt rencontrée chez des sujets plus âgés.

La diminution rapide des forces, la pâleur et l'affaissement subit des traits annonce cette grave complication. Ces signes avaient suffi pour nous la faire soupçonner chez une pauvre enfant de huit ans et demi, qui nous était bien chère. On n'adopta point notre opinion, parce qu'on la croyait prévenue ; le soir même, quelques mouvements convulsifs et du subdelirium loquace survinrent, et notre malheureuse fille mourut..... en chantant ! Ce fut seulement le lendemain, en déplaçant le corps, que plus d'une livre de sang s'échappa de l'anus, et justifia, mais trop tard, notre diagnostic. Un lavement donné la veille en eût probablement fait reconnaître la justesse. Heureusement les choses ne se passent pas toujours ainsi, et la couleur des gardes-robes ne tarde pas à se joindre

aux symptômes que nous indiquions pour annoncer l'hémorrhagie. Le pouls, dans cette circonstance, est ordinairement dépressible. Une fois, sur les cinq cas dont les notes sont maintenant sous nos yeux, il a présenté un caractère dicrote très-prononcé. Nous n'en avons pas moins employé le traitement dont nous parlerons tout à l'heure ; le lendemain l'hémorrhagie avait cessé et le malade était mieux.

On regarde généralement l'hémorrhagie intestinale comme un accident, et non comme une crise. Au reste, ce serait une crise mal placée, et, le pouls fût-il dicrote, il serait toujours nécessaire de se hâter d'arrêter un flux sanguin si ordinairement dangereux. La faiblesse des sujets et la période avancée de la maladie contre-indiquent, dans ce cas, les saignées révulsives. Aussi est-ce aux astringents, et à ceux qui peuvent à la fois exercer une certaine constriction sur les vaisseaux et augmenter la consistance du sang, que l'on a recours de préférence. Voici le traitement que nous avons employé bien souvent, et particulièrement dans les cinq cas dont il est question. Pour tisane, eau de riz acidulée d'eau de Rabel, et additionnée de quatre grammes de ratanhia ; julep béchique avec trois grammes d'extrait de ratanhia en poudre ; ces boissons doivent être frappées de glace ; matin et soir demi-lavement avec la décoction de vingt grammes de racine de ratanhia ; application sur la région cœcale d'une vessie remplie de glace, ou d'un mélange réfrigérant, tel que celui que l'on prépare avec le nitrate et l'hydrochlorate d'ammoniaque. En même temps nous faisons des applications révulsives aux membres inférieurs et nous recommandons le repos.

L'hémorrhagie s'est arrêtée vingt-quatre heures après le traitement commencé chez un jeune homme âgé de dix-neuf ans, et atteint de l'accident vers le quinzième jour de la maladie ; le même succès eut lieu chez un malade âgé de vingt-trois ans, l'hémorrhagie s'était manifestée vers le trentième jour ; elle cessa après quarante-huit heures chez un jeune sujet de quinze ans, qui en avait été affecté le quinzième jour de sa fièvre typhoïde, et dont le pouls était dicrote ; le traitement fut suivi de succès le quatrième jour seulement chez un sujet âgé de dix-huit ans, atteint de l'hémorrhagie vers le vingtième jour de la maladie ; enfin le malade qui mourut succomba après vingt-quatre heures de l'usage des moyens curatifs. Il était âgé de dix-huit ans, et au dix-septième jour de sa fièvre typhoïde.

Ce traitement, prescrit de bonne heure, est habituellement suivi de succès. Nous savons qu'un de nos anciens internes fort distingué, notre ami le docteur Coutour, vient de l'employer deux fois avec avantage. Nous pensons, d'après les bons effets du seigle ergoté dans quelques autres cas d'hémorrhagie intestinale observés récemment à l'Hôtel-Dieu, et

qui ont été consignés dans le Bulletin des Hôpitaux du numéro de mai, que cette substance, aidée de la réfrigération, pourrait peut-être remplacer le ratanhia, si celui-ci était contre-indiqué par son goût ou par son volume.

MARTIN SOLON.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DU BEC-DE-LIÈVRE DOUBLE, AVEC ÉCARTEMENT DES OS MAXILLAIRES.

Je dois commencer ce travail en m'excusant de l'avoir entrepris : c'est qu'en effet il n'y a pas d'opération en chirurgie qui passe pour être plus simple à exécuter, il n'y a pas de difficultés que l'on ne croie pouvoir vaincre plus facilement, pas de traitement plus positif, pas de résultat moins douteux que tout ce qui a été écrit sur la difformité connue sous le nom de bec-de-lièvre, et sur le traitement qui lui est opposé.

Dans les œuvres de nos devanciers nous ne lisons guère que des relations de succès; et, quelles qu'aient été les complications des difformités, quelque graves qu'aient été les lésions, on voit toujours que l'opération a été facile à faire, et que les résultats en ont été satisfaisants. Afin de rendre leurs descriptions plus intelligibles, ces chirurgiens les ont accompagnées de figures représentant les sujets avant et après l'opération. Ces dessins ne laissent rien à désirer, tant par la précision de la coupe des lambeaux de peau, que par la régularité des formes qu'ils ont créées; et, il faut l'avouer en toute humilité, lorsque l'on compare ces dessins d'autrefois à nos opérés d'aujourd'hui, on éprouve du découragement en voyant la différence des résultats, et l'on est porté à mettre en doute le talent des contemporains. Mais, si l'on étudie avec attention, si l'on analyse avec rigueur l'opération ancienne, en tenant compte de l'état de la difformité, on reprend courage, on acquiert la conviction que ces succès n'ont pas été plus complets que les nôtres, et l'on est en droit de dire que c'est l'insuffisance de l'art, et non l'impuissance de l'artiste, qui est la cause de ces imperfections.

Pénétré des principes de nos grandes écoles, ayant foi dans la parole de leurs chefs, j'ai cherché à mettre en pratique leurs préceptes, leurs doctrines, et j'ai vu, avec une cruelle déception, les opérations faites avec le plus grand soin, ou échouer complétement, ou ne corriger qu'imparfaitement ces vices de conformation. Dans cette décourageante

situation d'esprit, doutant de l'exactitude des faits publiés, doutant presque des ressources de l'art, j'ai voulu revoir cette question, et, après avoir comparé les écrivains qui se sont succédé, je suis arrivé à cette conclusion : que l'école de Desault a été la loi qui les a guidés, qu'ils se sont successivement transmis ses doctrines, sa pratique et son texte ; que, sans examen, ils ont adopté sa parole comme une vérité ; qu'enfin, agissant comme il avait agi, ils ont dû obtenir les mêmes résultats, et que, dominés par la même erreur, ils ont publié les mêmes succès.

Quelques opérateurs, trompés dans leurs espérances, n'osèrent pas écrire leurs doutes ; mais en cherchant à modifier la méthode qui, jusqu'à ce jour, avait servi de type, ils ont assez prouvé qu'une atteinte était portée à leurs croyances, et que leur foi était ébranlée. En refoulant brusquement les os incisifs que Desault prétendait ramener par la compression, en emportant un morceau triangulaire de la cloison, pour arriver au même but, en taillant des lambeaux pour éviter l'encochure, les chirurgiens qui ont imaginé ces différentes modifications ont prouvé qu'ils n'étaient pas satisfaits, et qu'il était indispensable d'étudier de nouveau cette opération.

On doit remarquer aussi que presque tous les efforts d'amélioration ont été dirigés vers le bec-de-lièvre simple, et qu'ils ont été employés sans distinction contre le bec-de-lièvre compliqué et contre toutes ses variétés, de sorte que l'on n'a pas opposé aux cas les plus graves des moyens plus puissants qu'aux cas les plus simples. Aviver les bords, couper les brides attachant les lèvres aux gencives, et placer les sutures, telles étaient les trois conditions que le chirurgien devait remplir ; et une fois ces manœuvres terminées, si les tissus étaient soudés entre eux après l'extraction des épingles, l'opérateur se félicitait de son succès. Quant à la forme définitive donnée à la lèvre, quant au redressement du nez, on ne s'en occupait pas, on y attachait peu ou point d'importance.

Ce sont cependant de tels faits que Desault a publiés comme étant des guérisons complètes. Ce qui doit faire douter de l'exactitude des descriptions de ce grand chirurgien, ce sont les dessins qui accompagnent l'histoire d'un enfant représenté avant et après l'opération. Evidemment nul de nos contemporains, même des plus habiles, ne peut montrer de tels résultats ! Desault agissait-il différemment que ne l'ont fait ses successeurs ? Non, évidemment non ; et j'en trouve la preuve dans la formule qu'il a donnée de cette opération. « Il résulte « deux grandes conséquences : l'une, qu'il faut réduire la fente à l'é- « tat de division récente, l'autre, qu'il faut rapprocher et maintenir « en contact les bords sanglants de cette division. »

Il est démontré par ees préeeptes que le sueeès était tout entier dans l'agglutination des bords de la division, et qu'une fois cette soudure obtenue, le chirurgien se eroyait légitimement autorisé à publier le résultat eomme une réussite complète.

On voit donc que l'on ne s'était pas occupé du redressement du nez, de l'emploi du lobule médian eomme partie moyenne de la lèvre ; on n'avait pas cherché à assurer la solidité des sutures, en empêchant le tiraillement des lambeaux, et à diminuer la difformité qui résulte toujours de la présenee de ces sutures sur les eôtés de la cicatriee.



Voici une opération qui répond à toutes ees exigences, et qui y satisfait. Déjà de nombreuses applications témoignent de son utilité; et, afin qu'il ne reste aucun doute, aucune arrière-pensée dans l'esprit des ehirurgiens, il ne sera parlé dans ce travail que des faits observés publiquement à Paris dans les serviees de MM. Jobert, Malgaigne, Guersent, etc. Ces faits ont aequis la valeur d'une monnaie légale, ear ils ont été soumis au contrôle du public médical.

De la saillie des os incisifs. — Dans certains cas de bec-de-lièvre, la saillie des os incisifs est si considérable, qu'elle imprime à la difformité un caractère particulier ; elle multiplie les difficultés à vaincre, et elle diminue les chances de succès.

Dans cette variété, les os intermaxillaires, attachés à la cloison, sont projetés en avant, et ils portent horizontalement les dents incisives, qui sont quelquefois contournées et comme tordues sur elles-mêmes. On voit aussi le lobule moyen de la lèvre supérieure, ou attaché à ces os, et pouvant alors servir à la restauration de la lèvre, ou attaché à la pointe du nez, et, dans ce cas, utile seulement pour former la sous-cloison nasale.

Quelle que soit, du reste, la direction de ces os, dès qu'ils sont sortis de leur place, ils constituent toujours une complication grave.

On sait qu'avant Desault l'on avait déjà arraché ces os, et c'est une pratique que nous retrouverons plus tard. Nous devons nous arrêter à ce chirurgien, parce que ses successeurs sont restés fidèles à son école, et ils l'ont adoptée pour modèle.

Desault disait : « Les os maxillaires, séparés l'un de l'autre, et par « là toujours moins solidement fixés, cèdent *sans peine* à la force qui « les repousse en arrière. La portion saillante, souvent presque isolée, « oppose peu de résistance. » Fort de ces considérations, il essaya la pression permanente, qui lui « a constamment réussi ! » Une simple bande, passant sur la portion à déprimer, et retirée fortement en arrière, lui suffisait pour faire cette compression, qu'il prolongeait plus ou moins selon la résistance des parties, et pour laquelle, ajoutait-il, « des moyens plus efficaces pourraient sans doute être mis en usage. »

On est très-étonné, en lisant ce texte, de voir ces os céder sans peine à la force qui les repousse, lorsque l'on sait que cette force est produite par une simple bande attachée derrière la tête ! Cela paraît d'autant plus extraordinaire, que l'enfant qui sert à cette démonstration, et dont l'histoire est rapportée dans les œuvres de ce chirurgien, était âgé de cinq ans, époque à laquelle ces os et leurs adhérences ont déjà acquis une grande solidité ; d'ailleurs, si cette bande suffit à ce refoulement, si elle a constamment réussi, pourquoi désirer des moyens plus efficaces ?

Lorsqu'on a voulu, dans ces derniers temps, refouler ces os, en emportant un morceau triangulaire de leur pédicule, on a dû employer de forts ciseaux, et même des cisailles. En présence de telles conditions, il n'est pas possible de croire à l'exactitude des faits qui, jusqu'à présent, ont fait loi dans la pratique. Je sais que c'est presque un acte téméraire de mettre en doute aujourd'hui les assertions d'hommes aussi considé-

rables que l'étaient Desault et Bichat ; mais, sous la puissance d'une démonstration qui leur est contraire, d'une démonstration matérielle, la raison ne peut se soumettre, et l'on est obligé de dire que ces hommes éminents se sont laissé abuser par leurs résultats, et que leur erreur, aveuglément adoptée par leurs successeurs, est arrivée jusqu'à nous, sans avoir subi le contrôle de la critique.

En résumé, il est impossible de refouler par la compression les os intermaxillaires, lorsqu'ils ont contracté des adhérences osseuses avec leur pédicule, et surtout lorsqu'ayant gagné du développement, ils sont devenus plus gros que la fente palatine n'est large.

Après la première année ce refoulement n'est plus exécutable.

Faut-il donc faire cette compression pendant cette première année? Non. Quand on pense à la douleur continue qu'elle cause à ces petits enfants, on ne peut se résoudre à l'employer. Cette douleur est bien autrement difficile à supporter que celle produite par l'opération ; elle est longue, de tous les instants; elle entrave la nutrition, et elle provoque des convulsions. Les partisans de la compression avouent d'ailleurs que, pour être utile, elle doit être continuée au moins pendant trois semaines ou un mois. Qui ne sait combien de chances funestes peuvent survenir pendant un aussi long temps?

Il est nécessaire aussi de rappeler la manière dont Desault prétendait former la saillie des lèvres. Il dit :

« Le bord rafraîchi de la partie gauche est saisi de nouveau et de « la même manière que pour la résection, puis on enfonce dans la lè- « vre, à une ligne de son bord libre, et à trois lignes de la plaie, une « aiguille tenue comme une plume à écrire, et dirigée en arrière et de « bas en haut, de manière à faire sortir la pointe à deux lignes au- « dessus du bord libre, entre le quart postérieur et les trois quarts an- « térieurs de la lèvre.

« L'aide, sur la poitrine duquel appuie la tête du malade, presse très- « fortement en avant les deux joues, tandis que le chirurgien saisissant, « comme pour la résection, la portion droite de la lèvre, la rapproche « de l'autre, enfonce dans le bord saignant la pointe de l'aiguille, la « porte dans la même direction, et lui fait parcourir le même trajet, « mais dans un sens inverse que du côté opposé, en sorte que la pointe « vient sortir à l'endroit correspondant à celui où elle était entrée. De « là résulte la forme d'un V renversé dans le trajet de l'aiguille ; dis- « position propre à pousser en bas la quantité de chairs nécessaire à « la formation du bouton que présente, dans l'état naturel, la partie « moyenne et inférieure de la lèvre. »

On retrouve cette description dans tous les traités de médecine opé-

ratoire; elle est démontrée presque toujours avec les mêmes expressions; dans les cours d'opérations, le professeur explique comment il va faire parcourir par l'épingle un trajet sinueux, et il finit par la faire passer horizontalement à travers les chairs. C'est qu'en réalité on ne peut pas agir différemment. Si l'épingle est résistante, on lui fera parcourir dans les chairs un trajet aussi oblique qu'on le voudra, à la condition de suivre toujours la ligne droite; si elle ne résiste point, au contraire, elle se ploiera, et on ne pourra pas la faire pénétrer plus avant; et s'il était possible, par un moyen qui n'est pas encore démontré, s'il était possible de former cette éminence au bord de la lèvre par un instrument dont l'action est provisoire, on ne tarderait pas à voir les chairs, obéissant à leur élasticité, revenir sur elles-mêmes, effacer la saillie et reproduire l'encochure.

Pour ne pas être accusé d'avoir interprété selon les besoins de ce travail les textes dont il est fait mention, voici dans sa totalité l'observation publiée par Bichat :

Bec-de-lièvre double. Compression de la saillie. — Marie Dehannes, âgée de cinq ans, fut reçue à l'Hôtel-Dieu le 7 septembre 1790, pour y être opérée d'un bec-de-lièvre double, avec une saillie du bouton moyen, représenté (fig. 1, *Œuvres de Desault*, p. 207). La mastication était difficile, et, pendant la déglutition, une partie des aliments, passant dans les narines, incommodait beaucoup la malade, que l'expérience avait cependant habituée à diminuer cet inconvénient, en ne prenant à la fois qu'une petite quantité d'aliments. Les sons vocaux étaient assez distincts, mais l'habitude seule pouvait rendre intelligibles les consonnances. Pour mettre le bouton au niveau de la lèvre, et déprimer la portion saillante des os maxillaires, on eut recours au moyen indiqué ci-dessus, et qui, dès le premier jour, eut un effet très-sensible. Il fut continué pendant dix-huit jours, époque à laquelle les parties, exactement de niveau, permirent de pratiquer l'opération, qui ne présenta rien de particulier dans son exécution, et qui, quant à ses suites, offrit une réunion parfaite le dixième jour, et le rapprochement presque complet de la voûte palatine au bout d'un certain temps.

Que les praticiens recueillent leurs souvenirs; ont-ils jamais vu, dès le *premier jour,* un effet très-sensible produit par la compression, et le dix-huitième jour, les parties être exactement de niveau? Et ces résultats ont été observés sur un enfant de cinq ans!

Aujourd'hui, la compression est presque généralement abandonnée, et deux opinions opposées dominent encore ce temps de l'opération.

Les uns arrachent les os incisifs ; les autres les conservent et les refoulent.

La conservation est faite de deux manières ; en fracturant les attaches et en les repoussant avec violence, ou en emportant avec des cisailles un morceau triangulaire du vomer et de la cloison, et en les fixant aux dents molaires avec un fil d'or.

Indépendamment de ce qu'il a de brutal, le premier procédé expose à des dangers que l'on ne peut préciser ; car, n'étant pas le maître de limiter la fracture, on ignore jusqu'où elle peut s'étendre, et quels organes importants elle peut atteindre. Quelque complet que puisse être un succès, quelque grande que puisse être son authenticité, il ne peut légitimer une semblable manœuvre.

Le second procédé est moins violent que le premier ; on refoule les os lorsque l'on a emporté une partie du vomer, et lorsque l'on a taillé une place pour les loger. Ayant été arrêté par la saillie considérable de ces os, ne voulant pas les arracher, ajoutant une faible croyance à la possibilité du refoulement lent par la compression, redoutant le refoulement brusque par la fracture de l'attache de ces os, M. Blandin a cherché à les replacer dans leur position normale, en tranchant la difficulté. Cet habile chirurgien a basé son opération sur ce que la cloison des fosses nasales, déplacée en avant dans ce vice de conformation, est le véritable pédicule des os intermaxillaires et le seul obstacle à leur refoulement. Dans ce cas, la sous-cloison a pris un plus grand développement dans le sens antéro-postérieur. « La pointe de « la section en V, que nous pratiquons, dit. M. Blandin, doit s'a« vancer très-haut dans l'épaisseur du cartilage de la cloison du nez, et « atteindre jusqu'au dos de cette partie, de manière à parfaitement « assurer la mobilité de la saillie osseuse et son entier refoulement en « arrière : il est bien entendu qu'on doit proportionner la grandeur de « la pièce qu'on emporte dans la cloison, à l'étendue dont doivent ré« trograder les os intermaxillaires, pour se remettre en ligne avec les « parties contiguës de l'arcade.

« Après la résection, le tubercule médian du palais et celui de la « lèvre, devenus mobiles, cèdent à la plus légère pression, et se laissent « refouler au degré convenable ; ou une simple bandelette de diachy« lon, appliquée sur la lèvre supérieure, suffit pour les retenir.

« Si les dents incisives n'avaient pas repris leur rang, il faudrait « les y faire rentrer en les fixant aux molaires voisines avec des fils « d'or ou d'argent, ce qui veut dire que pour opérer, on doit attendre « l'éruption de ces dents, ou l'âge de deux ans.

« Les deux seuls accidents dont la crainte se présente d'abord à l'es-

« prit ne sont pas sérieux ni même réels ; l'écoulement sanguin est in« signifiant et le tubercule osseux ne se nécrose point ; il se réunit, au « contraire, parfaitement. »

Cette dernière assertion ne repose sur aucune preuve : longtemps après l'opération, ces os étaient encore mobiles ; ce qu'il y a de vrai, c'est que l'on ne peut pas opérer les très-jeunes enfants ; il faut attendre les dents molaires, qui doivent servir de point d'appui aux incisives, et l'on reste dans le doute sur ce qui adviendra des intermaxillaires.

Quel avantage peut donc avoir cette méthode sur l'arrachement ? Elle n'est pas plus rapide, car la section d'un morceau de la sous-cloison est plus longue et plus difficile à faire que l'arrachement, et elle n'est pas moins douloureuse.

M. Debrou a modifié la méthode de M. Blandin en avivant les bords de la double fente osseuse, comme on le fait aux parties molles.

« J'ai avivé, dit M. Debrou, les bords osseux tout aussi bien que « les bords charnus, avant de porter en arrière le tubercule inter« maxillaire. Cette conduite n'ayant point été suivie par M. Blandin, « et n'ayant été nulle part conseillée, j'ai besoin de l'appuyer de quel« ques motifs. Je dirai d'abord que j'ai simplement cherché à rendre « les quatre bords osseux correspondants, saignants et vifs ; mais sup« posons que j'aie enlevé toute la muqueuse qui leur sert de périoste « jusqu'au tissu osseux, est-ce à dire pour cela que l'on doive craindre « soit une carie, soit une nécrose, soit une inflammation des surfaces « osseuses mises à nu ? Je pense qu'il n'en saurait être ainsi pour les « os si spongieux, si vasculaires, et dans un âge si tendre ; mais que « plutôt si un travail doit s'établir, ce sera un travail d'union et de ci« catrice, comme entre les deux bouts d'un os fracturé. »

Ce procédé est applicable aux très-jeunes enfants, lorsque la fente palatine n'a pas encore perdu de sa largeur, et lorsque les os incisifs n'ont pas encore acquis du développement. Dans ce cas, il suffit de couper les membranes muqueuses correspondantes, et l'on obtiendra des surfaces vives, qui seront dans de bonnes conditions pour se souder entre elles. En sera-t-il de même plus tard, lorsque les os maxillaires, s'étant rapprochés, auront diminué la fente du palais, et lorsque les os incisifs auront gagné de l'ampleur ?

Je sais que l'on propose la résection des bords latéraux des os déviés ; mais cette proposition est encore théorique. Qui ne voit que les efforts nécessaires, imprimés aux cisailles, pour couper deux morceaux d'os, produiront la fracture du pédicule, fracture dont il sera impossible de limiter l'étendue, fracture qui donne à ce procédé tous les inconvénients attachés au refoulement violent ?

On a formulé contre l'arrachement un reproche qui remonte à Desault, et qui repose sur un seul fait que nous rapportons en entier; on s'est successivement transmis ce reproche, sans examiner le fait qui y a donné lieu, et tout le monde a rejeté l'arrachement, en s'étayant du texte de ce grand chirurgien.

Bec-de-lièvre double (observation de Desault). Desault fut consulté un jour pour un enfant qui portait une difformité semblable à celle représentée (figure 1); une éminence osseuse, séparée par une double fente des os maxillaires, faisait en devant une saillie qui rendait impossible l'opération. L'expérience n'avait point encore éclairé Desault, qui emporta, suivant la méthode ordinaire, toute la portion osseuse saillante. De là résulta une très-grande fente, que le rapprochement des os maxillaires diminua peu à peu après l'opération. Au bout de trois mois elle avait disparu, ne laissant qu'une légère trace de son existence. Mais le diamètre transversal de la mâchoire supérieure, diminué de toute la largeur du bouton saillant, ne correspondit plus à celui de la mâchoire inférieure, et il survint ce que l'on observe souvent chez les vieillards, l'emboîtement, très-incommode pour la mastication, de la première dans la seconde mâchoire. Cet inconvénient, résultat évident d'une perte de substance dans les os maxillaires supérieurs, changea sur ce point la pratique de Desault, et dès lors il conçut que si, par une compression préliminaire, on pouvait rétablir le niveau perdu de la portion saillante, on aurait le double avantage d'éviter une douleur toujours fâcheuse, et une incommodité plus fâcheuse encore.

Voilà donc le fait, le seul fait sur lequel repose l'éloignement de Desault et de son école pour l'arrachement des os incisifs, c'est l'emboîtement de la mâchoire supérieure dans l'inférieure.

D'abord, pour que l'objection ait quelque fondement, il faut que la difformité soit compliquée de la fente de toute la voûte palatine; car si la voûte osseuse est complète, il ne se fera aucun mouvement de rapprochement entre les maxillaires. Voilà une variété qui échappe à la loi posée par Desault, et nulle part on n'a mentionné cette exception.

Supposons le fait le plus favorable à la doctrine que nous combattons; et admettons la voûte entièrement divisée. Si le rapprochement des maxillaires a lieu parallèlement, les os incisifs n'exercent aucune influence sur ce mouvement, et c'est de cette façon que le rapprochement se fait. Selon Desault, ces os se rapprocheraient par leur circonférence, et leur point de jonction à l'arcade alvéolaire deviendrait le sommet d'un triangle, dont la base serait aux dernières molaires. En admettant toujours les idées de Desault, le contraire devrait être produit en re-oulant les os incisifs qui, agissant à la manière d'un coin, élargiraient

le sommet en rétrécissant la base ; et, dans cette hypothèse, ce seraient les dents molaires qui seraient enclavées dans la mâchoire inférieure, et non pas les bords antérieurs des mâchoires. Ces variétés, au reste, n'ont pas été observées, et comme résultat de l'opération elles sont seulement théoriques et sans valeur.

Cependant le sujet de l'opération qui est décrite ici a eu la mâchoire enclavée !

Il existe des sujets qui apportent cette disposition en naissant, sans être atteints de bec-de-lièvre, et que l'on nomme vulgairement menton en galoche, en ganache ; selon toutes les probabilités, ce malade était dans de telles conditions.

En résumé, le refoulement par la compression n'est possible que dans le très-jeune âge, et la gêne et les douleurs qu'il détermine ne balancent pas ses résultats souvent incertains. Le refoulement violent par fracture expose à de graves accidents, et l'on ne sait pas positivement quelles ont été les suites permanentes du très-petit nombre de fois qu'il a été exécuté. Le refoulement par résection de la sous-cloison n'a pas donné des résultats immédiats très-avantageux, puisque longtemps après l'opération les os étaient mobiles, que des liens en fil d'or étaient nécessaires pour les maintenir en place, et qu'aujourd'hui, deux ans après l'opération, on n'a sur ces malades aucuns renseignements certains. Enfin, répondît-il à toutes les espérances que l'on en a conçues, il ne serait applicable qu'après l'apparition des dents molaires, ce qui exclurait encore les très-jeunes enfants.

La modification de M. Debrou n'est possible que lorsque les os n'ont pas acquis de solidité, sinon, en réséquant les morceaux latéraux, on s'expose à fracturer le pédicule.

De tous ces faits, on doit conclure à l'arrachement, comme premier temps de l'opération, et à la continuation immédiate des autres manœuvres.

Opération. — Il faut d'abord détacher le lobule médian, de manière à le rendre entièrement libre : ensuite, prenant les os incisifs avec un davier, on leur imprime un mouvement de torsion, et on les arrache, en même temps que l'on coupe les quelques parties molles qui entourent ces os et les retiennent encore.

Les lambeaux de la lèvre sont successivement soulevés avec des pinces à dents, et par une dissection faite avec le bistouri on les détache des os maxillaires, en ayant soin de porter la dissection jusque dans la fosse canine.

Il est surtout important de détacher *en totalité* les ailes et la sous-cloison du nez. C'est un des temps les plus difficiles de l'opération,

parce que les tissus adhérents sont durs au point de faire penser que l'on coupe dans des cicatrices. Lorsque tous ces tissus sont complétement détachés, et lorsque ces parties molles n'opposent plus de résistance, on fait passer à travers le nez, et derrière les ailes, une longue épingle qui doit servir à relever cet organe ; deux petits morceaux de liége, posés contre les ailes, servent de point d'appui à l'aiguille, de sorte que, en la pliant contre les morceaux de liége, le nez est pressé latéra-



lement, les surfaces internes des narines sont rapprochées, et aussitôt l'organe tout entier reprend sa saillie naturelle. On a donc obtenu par cette première manœuvre le redressement du nez, le rapprochement des bords de la lèvre, et, ce qui est très-important, on a créé un point d'appui fixe et solide, qui s'opposant à l'écartement des lambeaux, les protége contre la contraction musculaire, et les garantit de toute déchirure que les fils peuvent produire.

Il faut ensuite s'occuper du lobule médian : dans ces complications si variées du bec-de-lièvre, on voit toujours, attaché aux os qui forment la saillie, un tubercule charnu, dont les dimensions variables néces-

sitent des modifications dans l'opération. Après en avoir ébarbé les bords libres, tout en ayant soin de lui faire subir une perte de substance la plus petite possible, on plonge d'avant en arrière la pointe d'un petit bistouri près de son bord inférieur, et l'on continue l'incision jusque dans la narine, d'où l'on détache le petit lambeau restant adhérent au bord inférieur. La même manœuvre est répétée sur l'autre côté, et l'on obtient ainsi deux petites languettes que l'on fait basculer de haut en bas et que l'on réunit sur la ligne médiane, où on les fixe par une suture. On a de la sorte doublé la longueur de ce lobule, qui doit former la partie moyenne de la lèvre.

Enfin on procède à l'avivement des bords des deux portions latérales de la lèvre ; puis après avoir autant que possible débarrassé les surfaces saignantes des caillots qui les recouvrent, on commence à passer les sutures.

Des sutures.— La suture entortillée est encore aujourd'hui généralement employée dans cette opération ; cependant, tous les chirurgiens avouent que des traces indélébiles sont les conséquences constantes de cette méthode. Non-seulement on voit pendant toute la vie la trace des trous par où les épingles ont passé, mais on ne peut le plus souvent faire disparaître les sillons creusés dans la peau par l'entrecroisement des fils : sans doute sur toute autre région du corps cette cicatrice a peu d'importance, mais sur la figure et sur la lèvre, il n'est pas indifférent de laisser, après une opération, le moins de traces possible. Cependant, dans certaines circonstances, lorsqu'il est nécessaire d'avoir un point d'appui très-solide, un seul point de suture entortillée devient indispensable, et pour cette opération, par exemple, c'est lorsque le bec-de-lièvre est compliqué d'un lobule médian : alors il est nécessaire de passer une épingle d'un lambeau à l'autre de la lèvre, en traversant toute l'épaisseur du lobule médian. Dans ce cas, et dans ce cas seulement, il faut se résoudre à faire ce seul point de suture entortillée.

C'est à la suture entrecoupée qu'il faut donner la préférence, comme méthode générale : on comprendra que les objections qui lui ont été opposées tombent aujourd'hui devant cette nouvelle opération. On reprochait à cette suture de ne pas être assez puissante pour lutter contre le tiraillement de la lèvre, et de déchirer trop facilement les tissus qu'elle étreignait : l'aiguille passée à travers la base du nez a créé une force qui annule la contraction des muscles de la lèvre, et qui empêche l'écartement des lambeaux; on est donc à l'abri des déchirures si redoutées, et l'on peut, en toute assurance, se borner à l'emploi d'un simple fil. Les points de suture entrecoupée doivent être placés en plus grand nombre que les points de suture entortillée, parce que, quelques heures

après l'opération, les lambeaux s'engorgent, ils se gonflent, et les espaces qui restent libres entre les fils forment autant d'éminences qui soulèvent les bords de la peau et empêchent son agglutination.

Lorsque les divers éléments constituant la lèvre sont rapprochés et maintenus par l'épingle qui a traversé le lobule médian, on peut agir avec soin, avec délicatesse, pour enlever les sutures, parce que l'on n'a plus à lutter contre l'écartement des lambeaux. C'est alors que l'on doit avoir comme but, non-seulement l'adhérence des tissus, mais encore de laisser le moins de signes possible de la restauration; avant donc que de fermer le nœud de chaque fil, il faut placer immédiatement sur la peau un petit bourdonnet d'ouate sur lequel on doit fermer la ligature; et l'on évite par cette petite précaution l'empreinte du fil sur la peau. Ces points de suture doivent être enlevés du troisième au quatrième jour : corps étrangers, ils développent dans l'épaisseur des tissus une inflammation qui peut passer à l'état de suppuration, et, malgré le traitement le plus actif, on n'est quelquefois plus le maître de maintenir cette inflammation dans les limites favorables à l'agglutination. C'est alors que l'on voit apparaître quelques gouttelettes de pus, signalant des désordres qui se préparent profondément, et qui ne tarderont pas à se faire jour à la surface.

Les dangers auxquels sont exposés les lambeaux de la peau, lorsqu'ils ont subi des déplacements, exigent des soins persévérants, attentifs et qui doivent surtout concourir à en activer les fonctions physiologiques. Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, la sécrétion de cette partie de la peau est très-irrégulière, et quelquefois même elle est entièrement arrêtée : dans ce cas, il s'est formé une petite croûte grisâtre recouvrant la surface épidermoïque et empêchant toute exhalation. J'ai vu quelquefois les lambeaux dans un tel état de turgescence, qu'ils étaient bleuâtres et comme frappés d'une asphyxie locale partielle. Ce caractère de gravité exige impérieusement des mouchetures avec la pointe d'une lancette, afin dévacuer le sang dont ils sont gorgés. C'est alors que, si l'on n'a pas de suite fait sortir le sang qui les étouffait, la période suppurative se développe, et l'on voit bientôt les sutures déchirer les tissus, l'agglutination commencée être anéantie, et s'écrouler l'édifice que l'on avait élevé au prix de tant de douleurs pour le malade, et de tant de peines et d'inquiétudes pour le chirurgien. Les lambeaux doivent être lavés avec une petite éponge trempée dans l'eau de savon, afin de détacher la pellicule grisâtre qui les recouvre : il faut répéter ces ablutions deux ou trois fois chaque jour, et l'on voit alors les lambeaux devenir de couleur rosée, luisants comme si une légère couche de vernis les recouvrait, et enfin ils deviennent humides et ils sont hu-

meetés d'une faible sueur. Une fois cet état obtenu, on est rassuré sur leur existence.

Il est nécessaire aussi de prendre quelques précautions lorsqu'on doit enlever les fils imbibés de sang et de lymphe plastique desséchés ; ces fils, dont le volume a augmenté, sont collés solidement aux ouvertures de la peau ; de sorte que, si, pour les extraire, on se borne à couper un de leurs bouts, on compromettra la solidité de la cicatrice par les efforts qu'il faut faire pour les retirer. On évite ce danger en les mouillant ; puis on soulève avec les pinces l'anse qui recouvre la peau, et on le coupe tout près de l'ouverture afin de diminuer le plus possible le trajet à parcourir.

Les bandelettes agglutinatives, si généralement employées, doivent être repoussées de la pratique dans ce cas particulier. Elles sont inutiles, si les points de suture sont à l'abri des tiraillements des lambeaux ; et elles ne peuvent rien contre ces tiraillements, lorsque l'on n'a pas su s'en rendre maître. Lorsqu'on les enlève pour changer les pansements, elles laissent toujours sur la peau une partie de la couche emplastique, matière grasse qui adhère fortement à l'épiderme, se dessèche et forme des croûtes sous lesquelles on ne peut juger de l'état de la peau. Si l'on a opéré un sujet lymphatique, dont la peau est mince et transparente, on voit bientôt cette matière grasse l'irriter et provoquer le développement d'une inflammation particulière, dont les phases se déroulent lentement et sans symptômes alarmants. Lorsqu'on lève l'appareil, on voit des ulcérations qui ont sécrété un pus blanchâtre, en petite quantité, très-filant, et attaché à l'emplâtre que l'on vient de détacher. Ces ulcérations sont presque toujours blafardes ; elles ont les bords arrondis et sans rougeur ; elles guérissent très-difficilement et augmentent d'étendue par l'application des cataplasmes émollients. Elles ne cèdent qu'à l'acétate de plomb ou à la teinture de cantharides. Ces bandelettes, dont l'usage est consacré par le temps, sont encore employées par les chirurgiens qui en ont cependant reconnu l'abus, qui ont eu à déplorer des accidents, soit en luttant contre des érisypèles, soit en combattant les ulcérations dont elles sont l'unique cause. Telle est la puissance des anciennes traditions !

Le choix des aiguilles n'est pas indifférent : on voit encore employer des aiguilles dont la pointe, très-mince, augmente de volume jusqu'à l'extrémité percée d'un large trou et armée d'un fil. On force alors à passer dans les tissus une aiguille beaucoup plus grosse que l'ouverture qu'elle doit franchir : cette manœuvre ne peut être faite sans violence, et c'est parce qu'ils ont rencontré une grande résistance, que les opérateurs ont imaginé un instrument porte-aiguille qui permet l'em-

ploi d'une plus grande force. Cette difficulté peut être aisément surmontée, si l'on veut employer des aiguilles, dont la pointe, terminée en fer de lance, est un peu plus large que son extrémité opposée : il sera facile alors de faire pénétrer un instrument, sans frottement, dans une ouverture égale au volume du corps qui doit la traverser. Ces aiguilles étaient déjà employées à l'époque de Desault, et l'on ne comprend pas pourquoi on les a abandonnées.

Le bandage unissant, que quelques chirurgiens appliquent encore aujourd'hui après l'opération, est inutile ; ces bandages tourmentent beaucoup les petits malades, provoquent leurs cris, et exposent les tissus à être déchirés. L'on a conseillé de donner des narcotiques pour apaiser les cris des petits opérés. Cette pratique est dangereuse, les narcotiques les plus faibles peuvent être funestes ; on a vu le sirop de pavot, en petite quantité, produire des accidents cérébraux fort graves.

Une fois l'opération terminée il faut laisser la plaie à l'air, et, autant que possible, donner le sein à l'enfant.

A quelle époque de la vie faut-il opérer? — Un grand nombre de chirurgiens, et des plus considérables, veulent qu'on attende l'âge de quatre ou cinq ans; d'autres pensent qu'on doit opérer beaucoup plus tôt.

Dans le très-jeune âge, la soudure des lambeaux est très-rapide, parce que les tissus sont très-riches en vaisseaux sanguins. Les enfants plus âgés deviennent mutins ; ils prévoient la douleur, la redoutent, et n'ont pas assez de vouloir pour la supporter en faveur du résultat ; l'opération est alors très-difficile à faire.

L'hémorrhagie pendant l'opération ne peut jamais être un embarras pour un opérateur ; d'ailleurs, un aide intelligent peut maîtriser le cours du sang en comprimant les artères faciales sur les branches de la mâchoire. Et quant à l'hémorrhagie après l'opération, elle n'est pas possible, si l'on a soin d'enfermer toute l'épaisseur de la lèvre dans les sutures.

La grande sécabilité des tissus est un fait imaginaire, et, ce qui le prouve, c'est que, pour couper ces tissus, les chirurgiens ont trouvé trop petits, trop faibles, les ciseaux dont on se sert communément dans la pratique, et ils ont imaginé de fort gros ciseaux, spécialement destinés à cette opération. Ces tissus ont une si grande résistance, que pour faire passer des épingles dans leur épaisseur, il a fallu créer un porte-aiguille, au moyen duquel la main exerce une plus grande action, et permet de les faire entrer sans les déformer.

Si les enfants sont faibles, chétifs, c'est la difficulté de les nourrir avec cette difformité qui les met dans un tel état, tandis que l'opéra-

tion étant terminée, on peut leur donner le sein, ou les nourrir au biberon. Si les enfants sont malades, il est sage, il est prudent de ne pas les opérer.

Des considérations physiologiques, des besoins d'éducation, et des exigences sociales, militent encore en faveur de l'opération immédiate : il est démontré que la réunion des lèvres agit sur les mâchoires et diminue leur écartement ; les enfants qui portent cette difformité peuvent difficilement apprendre à parler. Dans une famille aisée, une telle difformité est un malheur qui frappe la mère aussi bien que l'enfant. Sans cesse sa peine est ravivée par la comparaison qu'elle fait avec d'autres enfants.

Telles sont les raisons qui déterminent les partisans de l'opération immédiate à perdre le moins de temps possible.

J'ai opéré un enfant âgé de trente-huit heures : l'alimentation a pu être continuée immédiatement après. Je dois donner quelques détails sur cet enfant, parce qu'ayant rencontré une variété dans la difformité, j'ai dû modifier l'opération dans le moment même où je m'en suis aperçu en disséquant mes lambeaux.

Ce petit enfant, qui venait de naître, portait un bec-de-lièvre compliqué de la fente palatine, avec grand écartement des os maxillaires. Le nez, largement aplati, était en partie enfoncé dans la fente du palais.— Après avoir largement disséqué les lèvres et les joues, je vis que le maxillaire supérieur gauche, moins développé que celui du côté droit, avait subi un léger mouvement de torsion, de sorte que la lèvre étant détachée, elle ne rencontrait plus un point d'appui assez solide, et elle s'affaissait d'une manière assez disgracieuse pour me faire craindre un résultat fort incomplet. Je pensai de suite à ne rien sacrifier des matériaux que j'avais sous la main, et à les utiliser, en les plaçant de manière à former un bourrelet derrière la lèvre et à lui servir d'appui. Je traçai donc mes deux incisions de haut en bas, et j'arrêtai le bistouri à deux lignes du bord libre de la lèvre, de sorte que j'eus ainsi deux languettes de cinq à six lignes de largeur, et de toute l'épaisseur de la lèvre. Elles furent refoulées en arrière, et, après avoir placé la grande aiguille à travers le nez, et réuni les lambeaux à l'aide de la suture simple, je fis passer, au moyen d'une aiguille courbe, un morceau de fil qui étreignit dans son anse les deux petites languettes et les deux parties de la lèvre.

Ces deux languettes forment aujourd'hui un coussinet qui soutient la lèvre, et dissimule très-bien l'absence de la saillie osseuse. Trois semaines après l'opération, on a pu constater la diminution de plus d'un tiers dans la fente palatine.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés pourront paraître su-

perflus, minutieux, voire même inutiles, à ceux qui estiment la rapidité d'exécution comme le principal mérite d'un opérateur. C'est une grave erreur. La chirurgie plastique, la chirurgie de conservation, a d'autres exigences. Dans ces cas, ce n'est pas seulement la gêne que la difformité apporte aux fonctions ; c'est son aspect disgracieux surtout, qui fait réclamer l'opération. Il faut, en outre, se bien persuader qu'il ne suffit pas de réunir les tissus séparés; mais qu'il faut encore reconstruire un organe, et lui donner une forme la moins irrégulière possible. Lorsqu'il s'agit d'une femme, le résultat n'est certes pas indifférent ; car il peut être pour elle la cause de mécomptes qui laisseront leur empreinte sur sa vie entière. Les succès que l'on peut obtenir par les opérations plastiques sont dus autant aux pansements qu'aux procédés opératoires; ces deux ordres de moyens sont solidaires. C'est souvent par les premiers que l'on ramène dans une meilleure position des lambeaux incomplétement attachés par l'opération. Il faut donc se sentir une grande patience pour suivre les diverses phases des nombreux pansements que ce traitement exige, et il faut renoncer à pratiquer l'autoplastie, si l'on ne peut pas se soumettre à ses impérieuses exigences.

Ch. Phillips, D. M.

QUELQUES REMARQUES PRATIQUES SUR LES BLESSURES DES ARTÈRES DE L'AVANT-BRAS.

Les plaies des artères de l'avant-bras et les tumeurs anévrysmales de ces mêmes vaisseaux présentent, au point de vue de la thérapeutique chirurgicale, de graves difficultés, dont on ne peut se rendre compte si l'on ignore la disposition anatomique du système artériel de cette région, et les nombreuses anastomoses qui placent dans un rapport direct les divers éléments vasculaires dont il se compose. C'est par la connaissance de ces détails d'organisation et de structure que le chirurgien peut expliquer la persistance de l'hémorrhagie et son retour à une époque où elle semblait ne plus être à craindre, comme aussi il est conduit par elle à prévoir l'insuffisance des moyens hémostatiques qu'il doit modifier, combiner et quelquefois associer entre eux, de manière à en rendre l'application plus efficace et le succès plus décisif. Cette indication générale, qui m'a été suggérée par deux faits récemment soumis à mon examen dans les hôpitaux, m'a conduit sur le terrain de la pratique, où j'ai hâte de me placer, en rapportant l'observation suivante.

Obs. *Plaie de l'artère cubitale; anévrysme faux consécutif. Ligature du vaisseau au-dessus et au-dessous du point lésé. Guérison.* — Un jeune homme,

âgé de quinze ans, tomba de dessus un tabouret contre un carreau de vitre qu'il brisa avec son poignet gauche ; il en est résulté une plaie à lambeaux de la région antérieure, inférieure et interne de l'avant-bras, à peu de distance au-dessus du poignet, et intéressant quelques-uns des tendons du muscle fléchisseur superficiel des doigts. Il s'est d'abord écoulé peu de sang, et un médecin appelé se borna à faire un pansement simple : l'accident était arrivé le 28 juillet 1847 ; pendant quelques jours il ne survint rien de notable; la suppuration était régulière et assez abondante; le blessé quitta son lit et sortit, portant simplement l'avant-bras soutenu dans une écharpe. Le 2 août, c'est-à-dire six jours après que la plaie avait été produite, sans cause connue une hémorragie se manifesta ; l'écoulement du sang paraissait provenir du côté cubital du lambeau, son abondance fit croire au médecin qu'il y avait une lésion de l'artère cubitale. Une compression modérée fut établie sur le lambeau, et suffit, pendant quelques jours, pour suspendre toute effusion nouvelle de sang. Le 5, comme l'appareil était pénétré de pus, on le renouvela; le 6, il y eut une nouvelle hémorrhagie, qui fut encore arrêtée par la compression. Le même jour, le malade entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert. L'appareil, taché de sang, fut enlevé par ce chirurgien : la main et l'avant-bras offraient une médiocre tuméfaction ; on voyait une plaie circonscrivant un lambeau de forme triangulaire adhérant par sa base qui était en haut ; les bords en étaient gonflés, et des bourgeons charnus les recouvraient ; en dedans et à peu près sur le trajet de l'artère cubitale, il existait une petite saillie mamelonnée et noirâtre, formée par un caillot de sang; c'est de ce point qu'était venue l'hémorrhagie ; au-dessus de lui et dans une petite étendue, il y avait des battements très-prononcés qui soulevaient la peau ; le gonflement des téguments s'opposa à ce qu'on pût reconnaître si ces battements étaient dus à la formation d'un petit anévrysme faux au voisinage de la plaie artérielle, ou seulement à la présence d'un des bouts de l'artère cubitale. Le 7 août, M. Robert , après avoir pratiqué une incision sur le trajet de l'artère cubitale dans toute la hauteur du lambeau, rencontra un petit anévrysme faux à peu de profondeur, sous l'aponévrose d'enveloppe des muscles de l'avant-bras. Les caillots ayant été enlevés, le chirurgien, se laissant guider par la coloration rouge du sang qui s'écoulait, arriva à constater que l'artère cubitale ne faisait point partie du lambeau, qu'elle demeurait adhérente à la surface profonde de la plaie, et qu'elle était simplement piquée à la partie antérieure de sa circonférence. Il a été possible de l'isoler au-dessus et au-dessous de ce point, et de la lier dans ces deux endroits : il n'est depuis survenu aucun accident. Les ligatures sont tombées le septième jour ; la plaie s'est promptement cicatrisée, et le malade est sorti guéri de l'hôpital.

L'observation que l'on vient de lire démontre la nécessité pour le chirurgien, dans un cas semblable, de ne pas trop légèrement s'en rapporter au peu d'intensité de l'hémorrhagie, pour décider qu'il n'y a pas lésion d'une branche artérielle un peu volumineuse : on sait, en effet, que la piqûre d'une artère donne lieu à un écoulement de sang, qui est promptement modéré, et même arrêté par la résistance qu'oppose à son effusion la partie du liquide qui s'est épanchée dans la

gaîne celluleuse du vaisseau, où elle forme en se coagulant une sorte d'opercule, que J.-L. Petit, dans sa théorie sur la cicatrisation des plaies des artères, a fort bien décrit sous le nom de *couvercle*. Si l'on tient compte, chez le blessé, de la forme de la plaie artérielle, de l'exiguïté de ses dimensions, et aussi de l'intégrité de la gaîne du vaisseau autour du point occupé par l'ouverture accidentelle, il est probable qu'une compression modérée, qu'on eût appliquée à l'instant même, eût suffi, en neutralisant l'effort latéral du sang contre les parois vasculaires, pour s'opposer à la formation de l'anévrysme; trop de faits analogues ont prouvé l'efficacité de ce moyen hémostatique dans des circonstances semblables, pour qu'on ne doive pas se hâter d'y recourir. L'époque à laquelle l'hémorrhagie consécutive a eu lieu n'a rien qui doive surprendre; l'inflammation traumatique, dont la plaie était alors le siége, et la suppuration qui s'y est établie durent nécessairement se propager à la gaîne de l'artère, envahir le sang épanché dans sa trame celluleuse, et détruire les adhérences encore fraîches que ces parties avaient naturellement contractées entre elles et la circonférence de la plaie du vaisseau, dont l'occlusion devint ainsi incomplète :

En présence des accidents hémorrhagiques qui survinrent au sixième jour, quel parti devait prendre ce chirurgien? Il est juste de reconnaître que, dans toute plaie artérielle le moyen d'hémostase le plus sûr est la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de la blessure; toutefois, il importe de ne pas se dissimuler les difficultés de cette méthode, employée à une époque déjà éloignée de celle de l'accident. Ces difficultés, en effet, peuvent être très-grandes, s'il y a des caillots sanguins abondants autour de l'artère, et si l'hémorrhagie émane d'une plaie déjà ancienne, offrant des bourgeons charnus qui recouvrent le vaisseau; on ne peut plus guère alors se guider sur les données de l'anatomie normale, et il faut aller à la découverte de l'artère en se laissant diriger d'après le point d'où sort le sang artériel qui, seul, peut révéler le siége du vaisseau et le lieu précis de la blessure.

Il est un autre danger de cette méthode, signalé surtout par Dupuytren : il est à craindre qu'appliquée alors que le travail d'inflammation, de formation de bourgeons charnus dans la plaie, s'est déjà opéré, elle conduise sur une artère qui partage l'état des tissus environnants, dont les tuniques aient perdu par conséquent leur élasticité, leur cohésion naturelle, et soient devenues très-facilement *sécables*. Dupuytren ne mettait jamais en doute cette disposition du tissu artériel dans le cas que nous supposons, et il rejetait ce procédé de ligature qui exposait à des hémorrhagies consécutives, la chute des fils ayant lieu prématurément. L'observation qui précède infirme la doctrine du célèbre chi-

rurgien de l'Hôtel-Dieu. Ce n'est pas le seul cas de ce genre que cite M. Robert. Il assure qu'il a pu lier ainsi plusieurs fois les deux bouts des artères radiale et cubitale blessées dans des plaies non récentes, à dix, quinze, vingt et vingt-cinq jours de l'accident. Ce chirurgien n'admet pas par conséquent, avec Dupuytren, qu'on ne puisse isoler l'artère du milieu des tissus voisins que l'inflammation a indurés et confondus jusqu'à un certain point. en établissant entre eux des rapports plus intimes et une sorte de cohésion anormale : nous reconnaîtrons volontiers que cette dernière opinion de Dupuytren est entachée d'exagération, et qu'il existe entre l'artère et sa gaîne un tissu cellulaire filamenteux très-fin, qui se déchire avec une grande facilité et permet, à toutes les périodes d'une plaie, d'isoler le vaisseau; mais nous serons plus difficile en ce qui touche la friabilité du tissu artériel ; plusieurs fois il nous a été possible de vérifier la justesse de cette donnée anatomo-pathologique. L'observation suivante, remarquable sous beaucoup d'autres rapports, en est une nouvelle preuve.

" Obs. *Blessure de l'artère radiale. — Ligature de la radiale, de la cubitale, puis de la brachiale; compression, cautérisation; guérison.* — A l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert, est entré le 24 mai un jeune homme de vingt ans, qui s'est blessé, il y a huit jours, avec un fragment de verre à la face palmaire de l'avant-bras, près du poignet et sur le trajet de l'artère radiale: une hémorrhagie abondante s'en est suivie. On a arrêté cette hémorrhagie en ville à l'aide de la compression, et la plaie s'est cicatrisée : alors une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, pulsatile, arrondie, bien circonscrite, s'est développée sur le lieu de la cicatrice. Le 25 mai, M. Jobert a fendu l'anévrysme et lié les deux bouts de l'artère radiale blessée, mais le tissu de ce vaisseau était si friable dans la plaie que les fils le coupaient au moindre serrement. Le chirurgien fit alors deux incisions au-dessus de la plaie, mit la radiale et la cubitale à découvert, et lia ces deux vaisseaux sur un point où leurs parois étaient saines: le bout inférieur de la radiale fut aussi lié, mais dans la plaie. L'hémorrhagie ne se renouvela pas pendant trois jours; à cette date, elle se reproduisit avec force par le bout inférieur de l'artère radiale; la ligature que l'on y avait placée fut retrouvée sur les pièces de pansement. Une double compression fut aussitôt employée, l'une sur le trajet de l'artère humérale, au moyen du tourniquet de J.-L. Petit, et l'autre directement sur la plaie : l'hémorrhagie s'étant de nouveau déclarée le lendemain, M. Jobert pratiqua, le 31 mai, la ligature de l'artère brachiale sur le milieu du bras. Jusqu'au 4 juin, l'effusion du sang ne se reproduisit pas; mais ce jour-là elle eut lieu à deux reprises, avec une effrayante intensité, toujours par l'artère radiale. Le chirurgien, après avoir cherché à établir un point de compression sur l'artère sous-clavière, se décida à cautériser énergiquement avec le fer rouge la plaie de l'avant-bras. Cette escarre se détacha complètement le 11 juin; la plaie offrit depuis ce moment une marche régulière, l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite jusqu'à l'entière cicatrisation, qui fut opérée le 4 juillet; ce même jour le malade quitta l'hôpital.

Cette observation, où les divers moyens hémostatiques se trouvent successivement mis en usage et même combinés entre eux, sans que l'on soit venu à bout d'arrêter l'hémorrhagie autrement qu'en ayant recours au cautère actuel, conduira sans doute le lecteur à se demander si ce dernier procédé, dont les anciens faisaient un si fréquent usage, même après la découverte de la circulation, n'est pas un peu trop négligé de nos jours, depuis que la ligature des artères a été si soigneusement étudiée.

On devra remarquer l'extrême fragilité du tissu artériel, et la nécessité d'appliquer un procédé de ligature à distance, qui n'eût peut-être pas été insuffisant malgré le rétablissement de la circulation pour l'artère interosseuse, si la ligature qui étreignait l'extrémité inférieure de la radiale ne se fût pas si tôt détachée. Disons cependant que ce procédé, portant sur les deux artères principales de l'avant-bras, trouve, dans la présence de l'artère interosseuse, une cause d'insuccès presque constant; bien plus, nous avons vu lier successivement les trois artères du membre, pour une plaie de la paume de la main, sans qu'on ait pu arrêter l'hémorrahgie. En pareil cas, avant de recourir à la ligature de la brachiale ou à l'amputation de l'avant-bras, le chirurgien doit mettre en usage la cautérisation profonde de la plaie. Et c'est avec regret que nous avons vu, dans deux circonstances où toutes les ligatures du membre thoracique avaient été épuisées, l'amputation être pratiquée sans qu'on ait fait intervenir auparavant le cautère actuel.

Quant à la valeur de la ligature de l'artère humérale dans un cas semblable, comme méthode générale de traitement, son insuffisance ne saurait surprendre si on songe, comme le fait si bien remarquer Scarpa, que de quelque manière que le tronc de cette artère vienne à être oblitéré, lié ou comprimé au-dessous de l'attache des muscles grand rond et grand dorsal, ou, ce qui est la même chose, au-dessous de l'origine de l'artère profonde humérale, le cours du sang vers l'avant-bras et la main n'est pas intercepté pour cela, et, dans ce cas, le sang de l'artère axillaire prend son chemin par l'artère profonde humérale et pénètre ensuite dans les artères radiale, cubitale et interosseuse, au-dessous du coude, à la faveur des artères récurrentes, radiale et cubitale.

Je terminerai ces quelques réflexions sur les tumeurs hématiques des artères de l'avant-bras, en rappelant la méthode italienne, remise en lumière, dans ces derniers temps, par M. le docteur Pétrequin, de Lyon; je veux parler de la galvano-puncture. Les anévrysmes de ces vaisseaux ont ordinairement un petit volume, ils sont récents, les tissus qui les environnent sont à l'état sain, toutes les conditions enfin sont

favorables au succès de ce nouveau mode de traitement, et ce serait agir sagement que d'y recourir en pareil cas.

CHIMIE ET PHARMACIE.

CONSERVATION DES EAUX DISTILLÉES.

On sait que les hydrolats s'altèrent assez promptement ; qu'ils perdent leur odeur, s'acidifient, donnent lieu, surtout ceux de plantes inodores, à des dépôts de matières floconneuses blanchâtres ou verdâtres, et passent à la putréfaction.

La cause de cette altération et la nature des produits qui en résultent sont différemment interprétées. Quelques chimistes admettent que l'huile volatile se transforme en mucilage. Banhoff, ayant fait dissoudre dans l'eau distillée des huiles de citron, de valériane, de menthe et de fenouil, et les ayant abandonnées dans des vases bien bouchés, y trouva, au bout de quelques semaines, un dépôt mucilagineux. Mais cette donnée n'explique aucunement la cause, et n'explique qu'imparfaitement le résultat. L'eau distillée simple, qui ne contient pas d'huile essentielle, donne naissance à un dépôt de cette nature ; et les eaux distillées inodores déposent plus abondamment que les hydrolats aromatiques. L'huile essentielle n'est donc pas la cause ni l'élément indispensable à la production de ce phénomène. Il nous paraît plausible d'admettre qu'il existe dans l'eau distillée simple et surtout dans les hydrolats de plantes, en même temps que des principes fermentescibles, un ferment, un végétal mycodermique qui, dans des conditions données, détermine un mouvement moléculaire dans ceux-là, et donne lieu aux produits en question. Quant à ces produits eux-mêmes, ils peuvent être, comme le veut l'opinion précitée, de simples dépôts muqueux sans traces d'organisation ; mais le plus souvent ce sont de véritables végétaux, des conferves ou algues zoosporées. Biasaletti les place dans le genre *hygrocrocis*.

Mais laissons là ces considérations plus ou moins spéculatives, et revenons au fait de la conservation des hydrolats.

Plusieurs moyens ont été proposés pour la conservation de ces produits pharmaceutiques. Quelques Pharmacopées étrangères font entrer à cet effet de l'alcool (de 1 à 4 p. 100) dans leur préparation. Mais si les eaux alcooliques sont d'une meilleure conservation, on leur reproche de n'avoir pas les mêmes propriétés, ce qui nous paraît une exagération, et de passer à la fermentation acide dans les vases en vi-

dange. Les vases opaques ou l'obscurité, une filtration fréquente, la fermeture des flacons avec de simples cornets de papier, du parchemin, des feuilles d'étain, et encore les flacons à l'émeri, ont été recommandés de préférence aux contenants bouchés en liége.

A ces moyens indiqués par les pharmacopées, M. Debeys propose d'en substituer un autre. Considérant que l'air, en déterminant la fermentation, est la cause déterminante de l'altération des eaux distillées, il cherche à les soustraire à l'action de ce fluide. A cet effet, après les avoir mises en bouteilles de petite capacité, et qu'il bouche faiblement, il les soumet à l'ébullition au bain-marie jusqu'à ce que le bouchon se soulève et laisse passer l'air; il retire alors les bouteilles du bain, les bouche bien, les cachète, et les conserve à l'obscurité et au frais.

Depuis environ trois ans, nous conservons nos hydrolats dans des bouteilles de litre en grès à eau de Vichy, bouchées avec du liége et tenues couchées à la cave. Ce moyen, fort simple, nous a jusqu'à présent réussi. Cependant nous ne doutons pas que l'on rendrait plus certaine la conservation d'eaux très-altérables en associant à ce moyen celui de M. Debeys, et encore mieux, la méthode d'Appert elle-même. Nous nous proposons de vérifier par l'expérience ce que nous avançons aujourd'hui comme une hypothèse.

REMARQUE SUR LA LIMAILLE DE FER.

La limaille de fer joue un rôle important dans la médication antichlorotique. A ce titre, elle mérite l'attention et du médecin et du pharmacien.

Il résulte des recherches récentes de M. Gobley, que sur 36 échantillons de limaille du commerce pris dans différentes maisons, 3 seulement ont été trouvés exempts de cuivre. Tous les autres, indépendamment de bois, de sable, d'oxyde de fer, contenaient jusqu'à 2 p. 100 de ce métal. Le barreau aimanté, passé à plusieurs reprises sur la limaille, serait, selon notre confrère, le meilleur moyen pour séparer mécaniquement le fer des substances avec lesquelles il peut être mêlé.

Néanmoins, considérant la difficulté de trouver dans le commerce de la limaille de fer pure, il conseille aux pharmaciens de la préparer eux-mêmes, en soumettant à l'action d'une grosse lime une barre de fer doux.

Les pharmaciens devront donc suivre ce conseil, ou purifier la limaille du commerce par le barreau aimanté avant de la porphyriser. Cependant nous ferons remarquer, relativement à cette dernière recommandation, un fait qui paraît avoir échappé à notre confrère, et qui,

faute d'être pris en considération, pourrait être une cause d'erreur. C'est que si du cuivre a été uni, par la fonte ou la forge, à du fer, celui-ci obéit à l'aimant à peu près comme s'il était pur. Nous croyons donc devoir recommander d'ajouter à la purification par l'aimant l'essai par les réactifs du cuivre.

Le moyen le plus simple de faire cet essai est de mettre une pincée de la limaille suspectée dans de l'ammoniaque liquide, et d'agiter de temps en temps le mélange au contact de l'air. Lorsque la limaille est pure, le liquide reste incolore ; dans le cas contraire, il prend une couleur bleue d'autant plus intense que la proportion de cuivre est plus grande.

Mais une chose bien préférable serait de voir les médecins adopter, ce qu'ils n'ont pas encore fait, l'emploi du *fer réduit par l'hydrogène*. Outre l'exemption du cuivre, ce produit offre l'avantage, étant dans un état de ténuité beaucoup plus parfait que la limaille porphyrisée, d'être facilement attaqué par les acides du suc gastrique, et de produire à petites doses (0,05 à 0,3 et plus progressivement) des effets thérapeutiques marqués.

SIROP DE TAMARIN.

Nous devons la formule suivante à M. Barbet, pharmacien distingué d'Alexandrie.

Tamarin.	1,000 grammes.
Sucre	5,000 grammes.
Eau de fleur d'oranger . . .	50 grammes.
Eau simple.	q. s.

On fait bouillir le tamarin dans l'eau, et l'on fait avec le décocté et le sucre un sirop que l'on clarifie au blanc d'œuf. On aromatise avec l'hydrolat de fleur d'oranger.

La clarification doit se faire avec précaution ; autrement, par suite de l'effervescence qui se produit alors dans la masse, le sirop passerait par-dessus les bords de la bassine.

Il est convenable de se servir d'une bassine d'argent ou d'un vase en terre pour la préparation de ce sirop.

Le sirop de tamarin est usité en Egypte comme rafraîchissant, délayé dans de l'eau ou de la tisane. Pris pur à haute dose ou plus concentré, ce sirop est laxatif, et pourrait être employé avec avantage dans certaines affections abdominales.

DORVAULT.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

ICTÈRE PRÉSENTANT DE L'ANALOGIE AVEC LE TYPHUS D'AMÉRIQUE.

L'observation que j'offre aux méditations de mes confrères a plus d'un point de contact avec celles qui nous ont été transmises par les observateurs qui ont vu la fièvre jaune dans les pays où elle se développe le plus ordinairement. Le fait que je viens d'observer n'est pas le seul que possède la science, sans doute ; mais il est peut-être un des plus complets que l'on ait recueillis jusqu'à ce jour. Dès l'apparition de la coloration jaune de la peau et de l'injection des yeux chez mon malade, j'ai pensé au typhus d'Amérique. Je me rappelai les observations de fièvres *avec ictère, présentant plusieurs caractères de la fièvre jaune*, recueillies dans les services de MM. Rayer et Andral, à l'hôpital de la Charité, et qui sont consignées dans le Journal des connaissances médico-chirurgicales, n° d'octobre 1845. Le même journal a également publié une autre observation de M. Alamir Carcenal, médecin de Ham. Enfin, en 1826, M. Damiron, de Paris, donnait connaissance à l'Académie royale de médecine, dans la séance du 29 mars, de l'histoire d'un militaire du Val-de-Grâce, qui mourut en trois jours avec les symptômes de la fièvre jaune. MM. Dalmas, Pariset et Orfila, nommés commissaires, furent d'avis que cette maladie pouvait se développer spontanément. J'ajouterai le fait suivant à ceux que je viens de rappeler.

Prodromes de la maladie.—Jules Belleguenle, âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament sanguin, fortement constitué, était mal à l'aise depuis plusieurs jours, en juin 1846, sous l'influence d'une température de 30° à 32° centigrades; il mangeait peu, interrompait son travail de tisserand de drap pour se coucher dans le courant de la journée ; ses muscles dorsaux étaient fatigués et douloureux. Entraîné par quelques amis à une fête de village, non loin de sa demeure, il y passe la nuit du 7 juin et boit, contre son habitude, au point de commettre un léger excès. Lundi 8, il travaille jusqu'à cinq heures du soir; il a une épistaxis très-forte, et, quoique mal en train, il boit cinq pintes de cidre avec plusieurs personnes. De retour chez lui, il mange des asperges pour son souper ; se plaint d'étouffement dans la nuit.

Mardi 9, premier jour. Le mal augmente, et, entre onze heures et midi, le malade vomit une grande quantité de bile jaune très-amère, il va très-peu à la garde-robe; se plaint d'une anxiété précordiale, qui s'étend au-dessous des hypocondres; l'agitation est extrême, accompagnée de douleurs dans les jambes et la région dorsale ; le malade ne peut se tenir sur son séant, sans éprouver des lipothymies. La soif est vive, mais Jules est obligé de se désaltérer en se mettant seulement un peu d'eau froide dans

la bouche, car les boissons qui arrivent jusqu'à l'estomac sont bientôt rejetées. Il n'y a ni délire ni céphalalgie.

Deuxième jour. Je vois le malade pour la première fois le soir. Il ne présentait point de symptômes fébriles, le pouls était plutôt petit, concentré. La chaleur de la peau très-modérée, la face colorée comme de coutume; mais, les yeux abattus, cernés, les traits, indiquaient la souffrance. La langue était légèrement enduite d'une couche blanchâtre, humide, les bords n'étaient pas rouges. Pressentiments sinistres du malade. L'abdomen n'était nullement tendu, peu douloureux à la pression. Il n'y avait eu aucune évacuation alvine depuis la veille. La région sus-pubienne était un peu tendue, car la vessie contenait de l'urine, que le malade ne pouvait rendre étant couché. A force d'instances, et en le menaçant de le sonder, je parvins à le faire mettre sur les genoux. Quelques minutes après, il évacua un litre d'urine rougeâtre, dont l'émission fut accompagnée d'un sentiment de brûlure dans le canal de l'urètre. Tous les symptômes qui se déroulaient sous mes yeux pouvaient aussi bien appartenir au choléra sporadique qu'à l'iléus nerveux; je penchais de préférence vers cette dernière opinion, à cause de la constipation qui existait depuis quelques jours. *Prescription.* Bain d'une heure, lavements d'eau de lin, avec addition de quelques cuillerées d'huile d'olive; pédiluve sinapisé; infusion de tilleul avec sirop de gomme, à donner froide et par cuillerée, de loin en loin; application de 10 sangsues sur la région épigastrique; fomentations émollientes sur l'abdomen.

La nuit se passe sans amélioration. Le peu de boisson que le malade prend reste dans l'estomac, s'y accumule, et finit par être rendu par les vomissements.

Troisième jour. L'agitation persiste, le malade souffre beaucoup dans les jambes, les genoux et les reins. Il ne peut rester à la même place dans son lit. L'anxiété précordiale est la même. Il urine abondamment, quoiqu'il ne boive que très-peu. Vomissements bilieux moins abondants, éructations fréquentes. Le pouls est comme la veille, l'abdomen aussi. Pas de selles, les lavements sont gardés. *Prescription.* Potion composée d'eau de tilleul, 100 grammes; extrait thébaïque, 5 centigrammes; sirop de fleurs d'oranger, 16 grammes; et liqueur d'Hoffmann, 10 gouttes. A prendre par cuillerées toutes les heures. Cataplasmes de farine de lin sur l'abdomen, lavements huileux. La potion n'a pu être supportée. Insomnie.

Quatrième jour, le 12. Les symptômes de la veille persistent. Les pommettes conservent leur coloration habituelle. La face, le cou, les bras, la poitrine sont légèrement teints en jaune. Les yeux sont jaunes et fortement injectés; ils paraissent enfoncés dans les orbites. Les urines sont foncées et toujours abondantes. Cette coloration jaune de la sclérotique, coïncidant avec l'injection des vaisseaux capillaires, donne un caractère étrange à la physionomie, et me rappelle quelques têtes du tableau si saisissant de Gros (Les Pestiférés de Jaffa). Mêmes prescriptions, à l'exception de la potion éthérée; plus : large vésicatoire camphré sur la région épigastrique.

Cinquième jour, le 13. Tout le corps et les jambes sont jaunes d'ocre, légèrement teintés de vert. Hoquet ne cessant qu'à de courts intervalles et fatiguant beaucoup le malade. Il se plaint toujours des jambes, il a des défaillances. Intégrité des facultés intellectuelles, pressentiments sinistres sur l'issue de la maladie. *Prescription.* Application sur l'abdomen d'un cataplasme

de farine de lin arrosé de laudan m. Lavements huileux. Eau de tilleul avec sirop de groseilles.

Sixième jour, 14. Le hoquet continue. Potion éthérée sans opium. L'odeur seule de l'éther détermine des nausées. Le soir, vésicatoire sur le trajet du nerf phrénique. A peine commence-t-il à se faire sentir que le hoquet cesse et ne revient plus.

Septième jour, 15. Mêmes symptômes que la veille, excepté le hoquet. Urines très-abondantes, très-colorées, sans sédiment, devenant vertes par le refroidissement. Point de selles, éructations et vomissements bilieux, langue muqueuse. Sa partie inférieure est jaune.

Huitième jour, 16. La coloration de la peau est plus intense, les yeux sont toujours jaunes et fortement injectés. Jules a eu quelques instants de repos pendant la nuit; il continue à boire très-peu. Il se gargarise souvent la bouche. L'anxiété précordiale et les vomissements sont un peu moindres. Les genoux et les jambes sont toujours brisés. *Prescription.* Fomentations émollientes sur l'abdomen. Les symptômes, quelque alarmants qu'ils fussent, n'allaient plus en augmentant d'intensité. Il fallait renoncer à l'ingestion des médicaments par la bouche, et vaincre la constipation opiniâtre. J'insistai sur les lavements huileux.

Neuvième jour. La coloration jaune de la peau est diminuée. Les yeux sont moins colorés, mais encore injectés et enfoncés dans leurs orbites. Le pouls est bon, le ventre souple, les douleurs dans les genoux existent toujours. *Prescription.* Lavements d'eau de son, avec addition d'un peu de savon.

Il y eut un commencement de selles jaunâtres comme de la purée de pois un peu épaisse. Quelques stries de sang noirâtre y étaient mêlées. Urines toujours abondantes, très-foncées en couleur, et verdissant au contact de l'air. Envie de manger, surtout des fraises. Les nausées n'existaient plus. Je permis quelques cuillerées de bouillon de veau à l'oseille.

Dixième jour. Le malade a dormi un peu dans la nuit. Les yeux sont encore jaunes et un peu injectés. La langue est toujours jaune à sa partie inférieure. Il a eu quatre selles jaunâtres et épaisses. Emission d'une grande quantité d'urine. Point de mouvement fébrile. La peau est généralement moins jaune. Taches lenticulaires rougeâtres d'environ 5 millimètres de diamètre, disséminées comme dans la rougeole. Ces taches sont du sang épanché dans le réseau capillaire du derme, comme celles que l'on observe dans le typhus. Elles sont groupées depuis les avant-bras jusqu'aux poignets, et à la partie interne et supérieure des genoux. Le malade a faim. Lait, un peu de bouillon gras.

Onzième et douzième jours Dans la nuit du samedi au dimanche, selles grises mêlées de sang noirâtre d'abord, puis selle naturelle. Epistaxis peu abondante. Engorgement douloureux du côté droit de la face. Insomnie. Mêmes prescriptions.

Treizième jour. Une énorme parotide s'étend depuis la tempe droite, l'apophyse zygomatique, jusqu'au-dessous de la mâchoire inférieure. Cette tumeur offre un point plus saillant et douloureux à la partie inférieure de l'oreille; il est entouré d'un empâtement œdémateux, sans changement de couleur à la peau. Le malade a peu dormi, à cause de la douleur qu'il ressentait dans la tumeur. Les yeux ont encore une teinte ictérique, mais ne sont plus injectés; cependant la peau du tronc et de l'abdomen est toujours

jaune. L'éruption qui existait aux avant-bras et aux jambes a disparu. Langue sans enduit ni rougeur ; émission abondante d'urine moins colorée, selle normale. Le malade n'accuse plus de douleurs dans les membres ; mais la faiblesse est extrême. Appétit, soif un peu ardente, pouls parfait, peau fraîche. *Prescription*. 6 sangsues sur la parotide ; cataplasme de farine de lin ; frictions matin et soir avec la pommade suivante : 2 grammes d'axonge d'hydriodate de potasse, et 16 petit-lait. Soupe.

Quatorzième jour. Le malade a dormi. Il a eu trois selles moulées et colorées en jaune ; urines jaune-foncé, changeant toujours en vert au contact de l'air ; épistaxis produisant environ un demi-verre de sang ; parotide peu douloureuse ; son point le plus saillant existe au-dessous de l'oreille, vis-à-vis la branche de l'os maxillaire. Cette tumeur ne paraît pas devoir se terminer par suppuration. La peau présente encore une teinte ictérique ; les fonctions des organes respiratoires s'exécutent bien. Le pouls s'est relevé complétement, il est onduleux. Le ventre est souple ; alimentation comme hier.

Quinzième et seizième jours. La parotide est diminuée de moitié, le malade n'en souffre pas. La teinte ictérique est pâlie généralement. Urine jaune-clair, teinté de vert et offrant un énéorème ; soif assez vive ; trois soupes ; eau vineuse.

Dix-septième jour. La parotide ne couvre plus que la branche montante de l'os maxillaire inférieur. L'état général me paraît si satisfaisant, que je considère sa convalescence comme assurée, et que je laisse à ses parents le soin d'augmenter progressivement la quantité de ses aliments.

La sclérotique conserve encore au 1er juillet, vingt-troisième jour de la maladie, une teinte jaune pâle, et notre convalescent se plaint d'avoir un affaiblissement très-remarquable de la vue, lui qui voyait ordinairement à une grande distance. Il a encore quelques légères épistaxis.

Quelques réflexions sur le traitement et sur la marche de la maladie. On a pu voir que les vomissements nous ont interdit toute médication interne active, que les boissons les plus simples, seules, pouvaient passer sans exciter de vomissements. Aussi nous sommes-nous contenté d'applications extérieures, et avons-nous cherché à remplir l'indication du rétablissement des garde-robes par des lavements. Peut-être aurions-nous pu essayer le calomel, mais la disposition opiniâtre au vomissement nous donne la conviction que le malade l'aurait immédiatement rejeté. Le hoquet si persistant, et qui céda immédiatement à l'application d'un vésicatoire sur le trajet d'un nerf phrénique, mérite l'attention des praticiens. Ce résultat nous a débarrassé d'un épiphénomène aussi pénible qu'inquiétant. La maladie a eu ensuite une solution heureuse et spontanée. Ses symptômes se sont amendés légèrement les septième et huitième jours de son début ; une première garde-robe bilieuse se manifesta le lendemain, et la teinte ictérique décrut ensuite graduellement.

Personne, je pense, ne considérera le fait que nous venons de rap-

porter comme un simple ictère. C'est la gravité des symptômes qu l'ont accompagné qui nous porte à le rapprocher du typhus d'Amérique. Sans parler de quelques accidents nerveux, de l'opiniâtreté des vomissements bilieux, nous en citerons d'autres pour appuyer notre opinion. Ainsi l'injection particulière des yeux et leur enfoncement dans l'orbite, l'éruption lenticulaire rosée, et enfin l'engorgement parotidien qui accompagne nos maladies graves d'Europe, et qui signale également celles de l'autre hémisphère, constituent le cortége d'accidents qui autorise l'analogie que nous avons voulu établir.

Docteur Baudon,
Médecin des épidémies de l'arrondissement de Seine-et-Oise.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de matière médicale et de thérapeutique, précédé de considérations générales sur la zoologie, et suivi de l'Histoire des eaux naturelles, par S. Dieu, *docteur en médecine de la Faculté de Paris, pharmacien-major, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Metz.*

Nous l'avouerons tout d'abord, nous ne comprenons pas bien l'utilité de l'addition que M. Dieu a cru devoir faire à son Traité de matière médicale et de thérapeutique, en le faisant précéder de considérations générales sur la zoologie. S'il l'a fait parce que la matière médicale emprunte quelques-unes de ses ressources aux sécrétions diverses des animaux, il eût été bien plus nécessaire encore de le faire pour la minéralogie et la botanique, qui étudient des corps auxquels la matière médicale fait de bien plus larges emprunts. Toutes les sciences se lient, s'enchaînent; mais ce n'est pas une raison pour qu'un livre qui traite d'une science traite de toutes les autres. Celui qui fait un livre, et qui par là aspire à exercer une influence sur les esprits, doit nécessairement connaître ces rapports, et son livre doit porter l'empreinte de ces connaissances générales; mais cela n'implique point la nécessité d'exposer, même sommairement, la science générale : car, à ce compte, il n'y aurait qu'une sorte d'ouvrages possibles, ce seraient des encyclopédies.

Pourtant, nous devons le dire, ce plan de l'ouvrage de M. le docteur Dieu l'a conduit à traiter, avec tous les développements qu'il comporte, une question peu étudiée dans les traités de matière médicale et de thérapeutique, c'est la question relative aux animaux toxiques.

Nous ne connaissons qu'un ouvrage où cette question ait été traitée avec autant de développements, c'est la Toxicologie de M. Orfila. Nous ajouterons même que, dans l'ouvrage de M. Dieu, le thérapeutiste, le médecin se montre beaucoup mieux encore que dans le livre dont nous venons de parler, et que, ne fût-ce que par là, l'ouvrage du professeur de Metz sera utilement consulté par les praticiens.

C'est dans cette même section que se trouve tracée l'histoire des entozoaires : ici encore, l'auteur, fidèle à ses tendances encyclopédiques, que nous ne blâmons certainement pas, car elles accusent un esprit étendu, fait, à propos de la thérapeutique, un traité complet des maladies auxquelles donnent lieu ces parasites une fois développés dans les organes de l'homme. C'est ainsi qu'à propos des acéphalocystes, il fait l'histoire naturelle de ces vers vésiculaires ; puis il en étudie les transformations morbides, l'origine, les symptômes, qu'il suit dans les divers tissus où l'expérience a montré qu'ils peuvent se développer ; enfin, il pose les règles de la thérapeutique à suivre, suivant le siége de la maladie. A propos de la rage, M. le docteur Dieu fera-t-il l'histoire naturelle du chien ; du cow-pox, l'histoire naturelle de la vache ; du farcin ou de la morve, l'histoire naturelle du cheval ? Voilà où entraîne une mauvaise méthode, une disposition vicieuse d'un sujet.

Nous ferons encore un reproche à ce livre, c'est de venir subrepticement plaider une cause irrévocablement perdue, en se faisant le promoteur ardent du dynamisme italien. L'école de Rasori a rendu d'incontestables services à la thérapeutique, en fixant l'attention sur un certain nombre de questions oubliées, et surtout en introduisant dans la thérapeutique de certaines affections, une méthode incontestablement utile. Mais là s'arrête la partie de ce Brownisme retourné : comme doctrines générales, comme théorie surtout, le dynamisme italien est fini.

Du reste, le livre de M. Dieu, nous le répétons en finissant, est, malgré ces défauts, un bon livre ; il est plein de science ; sa destinée est belle, c'est celle de plaire surtout aux hommes profondément et véritablement instruits.

Nouvelle Prosopalgie, ou Traité pratique des éruptions chroniques du visage, avec exposition d'une nouvelle méthode de traitement, basée sur la connaissance du siége anatomique et de ces différentes altérations ; par M. le docteur Duchesne-Duparc, *ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, professeur particulier de pathologie cutanée.*

La première partie du titre de cet ouvrage semblerait indiquer qu'il existe déjà sur le même sujet une publication du même genre ; cepen-

dant, à l'exception de Liébaut, de Pé et de Michel Nostradamus, qui écrivaient en 1552, 1587 et 1609, et à qui nous devons plutôt des recueils de formules et de recettes plus ou moins bizarres, que de véritables traités sur la matière, nous ne connaissons aucun auteur qui ait réuni, sous forme de monographie, les genres morbides dont la peau du visage est le siége exclusif ou principal. Ici, la pensée d'une semblable détermination a été, sans doute, fournie à M. Duchesne-Duparc par l'effroi qu'inspirent généralement ces sortes d'altérations, que beaucoup de personnes, et surtout les femmes, redoutent à l'instar de maladies plus graves et pouvant mettre en péril leur existence. Il est certain qu'une éruption du visage, même légère, préoccupe vivement celui qui en est atteint, et l'on conçoit facilement toutes les fâcheuses conséquences qu'une semblable affection, parvenue au point de changer les traits et d'altérer profondément la physionomie, peut avoir dans la vie sociale.

Pour connaître les genres morbides dont il avait à faire l'histoire, l'auteur n'a eu besoin que de consulter sa propre classification; cette recherche était d'autant plus facile, qu'il excluait *à priori*, de son cadre prosopalgique, toutes les affections qui n'ont pas pour principaux caractères : 1° de siéger au visage, soit exclusivement, comme la couperose et la mentagre ; soit plus spécialement, comme les autres espèces de varus, les taches lenticulaires, le nœvus, la tumeur érectile, etc. ; 2° de se développer avec lenteur ou d'une manière successive, deux conditions qui entraînent nécessairement une longue durée ; 3° de changer la physionomie, et, chez certains sujets, d'en altérer l'expression au point de la rendre méconnaissable ; 4° de laisser, dans les parties qui ont longtemps subi leur influence, des traces plus ou moins profondes et regrettables. L'auteur est obligé de descendre jusqu'à sa quatrième classe, celle des dartres proprement dites, pour trouver, dans le genre varus et ses différentes variétés, la première affection chronique propre à la peau du visage. Nous ne le suivrons pas dans ses descriptions ; mais nous ferons remarquer que, dans son opinion, les diverses espèces de varus ou acné constituent de simples différences dans les degrés d'un seul et même genre d'altération, dont le siége primitif ou anatomique est le follicule cutané ; et, disons-le de suite, il tire de ce fait, comme conséquence pratique, qu'il suffit le plus souvent d'agir, soit uniquement, soit plus activement sur ce follicule, pour arriver à une prompte résolution. A ce sujet, l'auteur parle des bons effets que lui procure l'emploi méthodique et régulier du solutum concentré de sulfure de potasse, qu'il préconisait déjà en 1843 (n° de mars), et dont il paraît avoir, depuis cette époque, généralisé l'application. L'auteur traite ensuite de la militagre ou impétigo, qu'il décrit rapidement et à

larges traits, dominé qu'il est par la pensée d'arriver à son traitement externe. Au dire de l'auteur, les lotions ioduro-sulfureuses auraient ici la même efficacité que le solutum concentré de sulfure de potasse dans le varus. Mais, pour conserver toute leur action, ces deux ordres de moyens exigent certaines précautions longuement énumérées dans la Prosopalgie, et sur la valeur desquelles nous n'avons pas encore eu l'occasion de nous prononcer.

A la militagre succèdent les colorations et décolorations morbides des téguments, que l'auteur désigne par achrôme et dyschrôme. Relativement à ces singulières altérations, M. Duchesne-Duparc établit une distinction, selon nous, fort importante au point de vue pratique : « Les unes, dit-il, sont originelles, idiopathiques, liées à une disposition particulière de l'organisation cutanée, et tout à fait incurables; tandis que les autres sont ordinairement symptomatiques d'une inflammation des premières voies digestives, contre laquelle il faut diriger sa première et sa principale action thérapeutique. Si cette distinction est réellement fondée sur l'expérience des faits, il en résulte nécessairement qu'on doit, en pareil cas, s'abstenir de porter sur la muqueuse gastro-intestinale aucun médicament irritant; aussi l'auteur se prononce-t-il énergiquement contre l'emploi des préparations arsenicales, proposées par certains auteurs comme moyen d'atténuer, sinon de guérir les colorations morbides du tissu cutané. Quelques considérations pratiques sur le nœvus et les tumeurs vasculaires terminent ce travail, que nous signalons comme une bonne et utile monographie sur les éruptions chroniques du visage. Ici, point d'érudition superflue : des descriptions rapides, et ne renfermant que des caractères saillants et véritablement pathognomoniques; éloignement de tout système exclusif; un soin tout particulier donné au chapitre du traitement; absence de préventions relativement aux opinions d'autrui, et, de plus, avertissements salutaires contre les conseils de l'ignorance et du charlatanisme, telles sont, à nos yeux, les qualités dominantes du Traité de Prosopalgie, que, du reste, l'auteur n'a sans doute pas la pensée de donner comme un travail aussi complet qu'il eût pu l'être en raison du nombre et de l'importance des affections qui s'y trouvent réunies.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Convulsions déterminées par la coqueluche et suivies de mort. — Un bon nombre de praticiens s'habituent à ne voir dans la coqueluche qu'une affection fort simple, qui dure nécessairement longtemps, quel-

que médication qu'on emploie, mais dont la terminaison ne saurait donner beaucoup d'inquiétudes. Leur opinion est fondée le plus souvent, soit sur une observation même rigoureusement faite, soit sur le peu d'altération que produit dans la santé générale cette singulière névrose. Il arrive, en effet, qu'on observe un nombre même assez grand de coqueluches dans lesquelles tout se passe avec cette simplicité. Les quintes persistent longtemps, puis diminuent et finissent par disparaître. On s'accoutume alors à peu s'effrayer de cette maladie, on porte un pronostic peu grave. C'est là une idée qu'il ne convient point d'exagérer. La coqueluche doit toujours être considérée comme une maladie qui mérite très-sérieuse attention, en raison, sinon des accidents immédiats, au moins de ceux qui peuvent se développer ultérieurement. Si l'on perd de vue cette sage précaution, il arrivera qu'au moment où le pronostic le plus favorable était porté, des symptômes graves apparaîtront, qui, comme les pneumonies étendues, les convulsions, mettront la vie du malade dans un très-grand danger, et viendront démentir les espérances que pouvait faire naître la confiance du médecin.

L'observation qui suit est un exemple de ces complications graves qui surviennent inopinément, et peuvent amener la mort avec une si grande rapidité qu'elles restent au-dessus de toutes les ressources de l'art.

Charpentier (Auguste), âgé de treize mois, a été allaité par sa mère jusqu'à l'âge de trois mois. Il supporta très-bien le sevrage, et se développait régulièrement, lorsqu'à l'âge de dix mois commencèrent à apparaître des symptômes de rachitisme. Aujourd'hui le rachitisme est confirmé et fort avancé. Sa mère étant tombée malade, on le place au dépôt des Enfants trouvés. Il y prend la varicelle et en sort avec un violent catarrhe. Il est admis avec sa mère dans le service de M. Trousseau.

A son entrée, on constate un catarrhe intense qui dure depuis trois jours, avec quelques bulles disséminées de râle sous-crépitant. L'enfant a de la fièvre, mais assez peu d'oppression d'ailleurs, et beaucoup de toux. Après deux jours, les phénomènes catarrhaux diminuent et des quintes de coqueluche très-caractérisées apparaissent. Les quintes sont nombreuses, durent fort longtemps, avec lividité du visage. Le troisième jour de la coqueluche chaque quinte commence à s'accompagner dans la matinée de petites convulsions qui durent quelques minutes, puis dans la soirée les convulsions augmentent, les quintes se rapprochent, les convulsions deviennent continuelles, et l'enfant succombe dans la nuit, au milieu d'une violente attaque. Jusque-là l'enfant n'avait jamais eu d'attaques d'éclampsie. La quinte, ainsi que nous le constations, commençait, puis, après quelques secousses de toux, les membres, le

tronc, la face étaient pris de mouvements convulsifs suivis, après deux ou trois minutes de durée, d'une profonde stupeur. Le visage, pendant l'éclampsie, était tout à fait violet ; il n'y avait de convulsions que pendant les quintes, qui étaient peut-être elles-mêmes un acte convulsif.

A l'autopsie, il était impossible de constater la moindre altération du cerveau ni de ses membranes. On trouvait dans le poumon quelques points de pneumonie lobulaire disséminés, principalement à la surface du parenchyme. Pas de tubercules, ni dans le poumon, ni dans les ganglions bronchiques.

Les vomissements même de matières stercorales qui ont lieu après la réduction d'une hernie étranglée ne témoignent pas toujours de la persistance de l'étranglement. — Les auteurs n'ont pas assez insisté sur la fréquence de ces vomissements ; préoccupés par trop exclusivement de la partie opératoire de l'art, ils négligent de signaler certains phénomènes de physiologie pathologique, dont la connaissance serait pourtant d'une grande utilité pour les jeunes praticiens, lorsqu'ils viennent pour la première fois à être témoins de leur manifestation. Le phénomène sur lequel nous appelons l'attention, bien qu'il ne soit pas très-fréquent, n'est pas assez rare, assez exceptionnel, pour ne pas trouver sa place dans les traités classiques. Son innocuité mérite surtout d'être signalée. L'on comprend les craintes que doit concevoir le praticien, lorsqu'après un taxis prolongé et difficile ou après une opération, il a réduit la portion d'intestin étranglée : il voit survenir des vomissements de matière stercorale, lorsque jusque-là le malade avait éprouvé seulement des envies de vomir. Voici deux faits dont, à quelques mois d'intervalle, nous avons été témoin dans le même service, et qui contribueront à relever le courage et l'espoir des jeunes chirurgiens dans ces cas.

Le nommé Duquesne, ciseleur, âgé de vingt-deux ans, fut reçu le 28 septembre à l'hôpital de la Pitié, présentant tous les signes de l'étranglement d'une hernie inguinale gauche dont il est affecté depuis sa naissance. Des tentatives de réduction sont faites le soir même par l'interne de garde, mais sans résultat. Le lendemain à la visite, M. Laugier pratique à son tour le taxis et réduit la hernie. Ce chirurgien s'était à peine éloigné du lit de quelques pas, que ce malade fut pris de vomissements de matières dont l'odeur caractéristique indiquait la nature. La hernie était congéniale, le testicule n'était jamais descendu dans la bourse correspondante ; l'on conçoit la crainte qui pouvait rester à l'opérateur d'avoir réduit la hernie en masse, et de voir l'étranglement subsister dans la cavité abdominale. Mais M. Laugier nous rappela aussitôt la production du même phénomène chez une femme d'environ

quarante-quatre ans, qu'il avait opérée devant nous. La hernie était étranglée depuis quatre jours, et la malade dans un tel état de faiblesse, qu'on dut fonder peu d'espoir sur le succès de l'opération. Elle fut cependant pratiquée, et à peine était-elle terminée que la malade fut prise de vomissements excessivement abondants de matières liquides d'une odeur caractéristique, qui la soulagèrent beaucoup. Un lavement laxatif fut administré, et une once d'huile de ricin fut prescrite pour être donnée dans la journée. Ces moyens furent suivis d'un bon résultat. Plusieurs gardes-robes eurent lieu dans l'après-midi chez ces deux malades. Cette femme, le lendemain, allait mieux ; quant à Duquesne, le soir même il n'éprouvait plus que le souvenir de son accident.

Pendant la durée de l'étranglement de l'intestin, les matières étant retenues par une obturation complète, on conçoit qu'un mouvement antipéristaltique s'établisse dans les contractions de la tunique musculeuse de l'intestin et produise le vomissement. Mais lorsque l'étranglement a cessé, que l'intestin est libre, l'on ne comprend plus tout d'abord la persistance du phénomène, surtout au point de provoquer l'ascension des matières contenues dans la fin de l'intestin grêle, et leur rejet par l'estomac. M. Teissier a démontré dans un excellent Mémoire, que la cause de la persistance de la rétention des matières était due, dans ces cas, à la paralysie de la portion de l'intestin herniée, et cet habile observateur signale en outre l'emploi des purgatifs, de l'eau de Sedlitz en particulier, mais à doses répétées, comme le meilleur moyen de triompher de cet état d'atonie consécutif à la péritonite adhésive déterminée par l'étranglement. Les deux faits que nous avons cités viennent à l'appui de la déduction pratique signalée par M. Teissier, l'efficacité de la médication purgative. Nous ajouterons que ce qui nous a semblé distinguer ces vomissements de ceux qui peuvent témoigner de la persistance de l'étranglement, c'est qu'ils sont suivis d'un sentiment de bien-être immédiat.

Fièvres intermittentes. — Cachexie. — Anasarque et ascite consécutives. — Mort. — Il s'établit quelquefois, à la suite des fièvres intermittentes paludéennes qui ont duré longtemps, un état de cachexie profonde. Le malade pâlit, s'affaiblit considérablement; peu à peu les extrémités inférieures s'œdématient, le péritoine se remplit de sérosité, l'anasarque fait des progrès pour être bientôt suivie de mort. Il y a à cet égard une circonstance singulière, qui ne peut d'ailleurs être observée que dans les lieux où la fièvre intermittente, étant endémique, atteint un très-grand nombre d'individus. Il arrive quelquefois que cette cachexie se produit en l'absence de tout accès de fièvre inter-

mittente proprement dit. L'action du miasme paludéen sur l'économie se traduit par une détérioration successive de toutes les fonctions, par la pâleur, la faiblesse, l'état anémique, puis l'engorgement successif de la rate, et enfin une altération profonde de l'économie, sans que jamais le malade ait, à proprement parler, un accès de fièvre intermittente. Ce sont là des faits rares; mais tous les praticiens qui observent la fièvre intermittente dans les lieux où elle est commune ont eu l'occasion d'en constater de semblables. La cachexie dont nous parlons, traitée dès les premiers temps de sa durée et avant que des altérations organiques profondes se soient produites, est en général modifiée heureusement par les préparations ferrugineuses et le sulfate de quinine. Mais lorsque des organes importants à la vie sont atteints, et que leur altération dure depuis un certain temps, on ne doit pas hésiter à porter le pronostic le plus fâcheux. L'observation suivante, recueillie dans le service de M. Blache, montre quelle grave terminaison on doit alors redouter.

Un homme âgé de quarante-six ans, exerçant la profession de journalier, entre à l'hôpital Cochin (salle Saint-Augustin, n. 8). D'une constitution assez robuste, cet homme raconte que, demeurant depuis six ans environ à Montrouge, il a été pris il y a trois ans de fièvres intermittentes tierces qui ont duré pendant tout l'automne. Au printemps de l'année suivante, elles se sont reproduites; puis, après de nombreux accès, ont complétement disparu. Depuis ce moment le malade a pâli, s'est successivement affaibli; puis peu à peu les jambes se sont œdématiées, puis les cuisses. L'abdomen enfin s'est rempli de liquide depuis trois mois environ, et depuis ce moment le malade n'a cessé de respirer avec difficulté. Il avait fréquemment de la fièvre, le soir et pendant la nuit. Au moment de son entrée à l'hôpital nous constatons l'état suivant : pâleur et maigreur considérables; pouls extrêmement petit, fréquent; peau sèche et rugueuse; œdématie complète des deux membres inférieurs; l'abdomen contient une grande quantité de liquide; la rate est très-volumineuse et descend à un travers de doigt de la crête iliaque. On constate également un peu d'hypertrophie du foie. Le péricarde est à moitié plein de sérosité. On entend dans les deux poumons un râle sous-crépitant assez étendu, humide et à grosses bulles. Les urines sont normales, sans trace d'albumine. Les bruits du cœur parfaitement réguliers, sans bruit anormal appréciable, mais profonds et difficiles à bien percevoir.

L'oppression, qui était considérable, continue à faire de rapides progrès, malgré l'application de larges vésicatoires sur la poitrine. Le malade succombe quelques jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on constate les altérations suivantes : les deux pou-

mons sont dans toute leur étendue le siége d'un œdème considérable, sans tubercules d'ailleurs. — Le péricarde et l'abdomen contiennent une grande quantité de sérosité citrine, transparente, sans altération des deux membranes séreuses. Le cœur est pâle, les parois un peu minces, sans lésion des valvules ni des orifices. Le foie est également pâle, un peu développé ; les reins exsangues, mais sans altération apparente. La rate est d'un volume considérable, dure, se coupant par tranches parfaitement nettes. A sa face concave, on rencontre une plaque cartilagineuse étendue et d'une épaisseur de vingt-cinq millimètres environ. Le poids de la rate est très-grand, il dépasse celui du foie. On ne trouve ni à sa surface, ni dans l'intérieur du tissu aucune granulation. Nous l'avons dit, le fer et la quinine empêchent le développement de pareils désordres.

Végétations du prépuce. — Applications de poudre composée de sabine et d'alun calciné. — Guérison. — Il arrive assez fréquemment qu'à la suite d'une simple blennorrhagie, d'une balano-posthite, d'ulcérations superficielles durant peu de temps, ou même sans aucun accident préalable et en quelque sorte d'emblée, il se développe sur le prépuce des végétations nombreuses, dont le volume peut d'ailleurs varier de la grosseur d'un grain de millet à celle d'un petit haricot. Ces végétations, dont la nature est encore un sujet de discussions pour les syphiliographes, persistent, en général, avec une grande ténacité. Elles se multiplient rapidement, et envahissent la totalité de la surface interne du prépuce et quelquefois même une grande partie du gland. Pour certains praticiens, elles indiquent d'une manière absolue la nécessité d'un traitement mercuriel ; pour d'autres, c'est une affection exclusivement locale, qui n'exige que des moyens également locaux.

C'est, en général, ou par la cautérisation, ou par la ligature, ou par l'excision, qu'on cherche à faire disparaître ces végétations. Ces moyens sont sans doute puissants, mais ils présentent tous les trois des inconvénients également graves, et parmi lesquels nous citerons la douleur qui est toujours très-vive, et la facile reproduction du mal. M. Vidal (de Cassis), frappé de ces inconvénients, a imaginé d'appliquer sur ces végétations une poudre qui les dessèche, les flétrit, les fait tomber sans douleur, et modifie la peau dans les points restés sains, de telle sorte que les végétations ne s'y reproduisent pas. Cette poudre est un mélange, à parties égales, de sabine et d'alun calciné. M. Vidal en prescrit chaque jour l'usage à l'hôpital du Midi. On verra, par l'observation suivante, de quelle manière elle doit être employée, et les résultats qu'on en peut obtenir.

Un jeune homme, âgé de dix-huit ans, contracte, pour la première fois, une blennorrhagie, qui se complique immédiatement d'une balano-posthite. L'écoulement était abondant et verdâtre ; la surface interne du prépuce rouge, et complétement dépouillée de son épithélium, était le siége d'une sécrétion purulente de même nature. Sous l'influence d'un traitement suivi très-régulièrement, la balano-posthite disparaît bientôt, et la blennorrhagie était en voie de guérison lorsque des végétations globuleuses, en petit nombre d'abord, se développent à la surface interne du prépuce. En quelques jours, elles augmentent singulièrement de volume, et elles se multiplient à tel point, que la surface interne du prépuce en est totalement couverte. On prescrit au malade le mélange suivant :

Poudre de sabine.	20 grammes.
Poudre d'alun calciné. . . .	20 grammes.

A appliquer matin et soir sur les végétations : la peau du prépuce, ramenée sur le gland, servait ainsi à maintenir la poudre.

Le second jour du traitement, les végétations commençaient à se dessécher et à se flétrir.—Au commencement du quatrième, un assez grand nombre de végétations étaient déjà complétement desséchées, et, en les frottant entre les doigts, on les émiettait facilement.— A partir de ce moment, et les applications de la poudre de sabine et d'alun étant régulièrement continuées, les végétations se desséchaient successivement et se détachaient par petits fragments. —Le huitième jour, il n'en restait plus aucune trace. La surface interne du prépuce était parfaitement saine. Le malade, pendant toute la durée du traitement, n'avait ressenti aucune douleur.

La blennorrhagie céda elle-même, après un mois de durée. Les végétations, pendant tout le temps que le malade put être observé, ne se reproduisirent pas.

Abcès profond de la cuisse simulant une névralgie iléo-scrotale. — Guérison. — L'observation suivante prouve combien quelquefois il est difficile, au début d'une maladie, de se faire une idée précise de sa nature, et même de son siége précis. Un principe rhumatismal, un état nerveux, un phlegmon diffus ou localisé, présidaient-ils à l'affection dont nous allons rapporter brièvement l'observation? La marche seule de la maladie a pu déterminer que c'était à la dernière cause qu'il fallait rattacher les symptômes suivants : Daras (Jean), tisserand, âgé de vingt-trois ans, fortement constitué, habituellement bien portant, fut admis le 10 septembre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Teissier,

pour des douleurs vives qu'il éprouvait depuis quinze jours. Ces douleurs se faisaient surtout sentir dans le côté gauche de la région lombaire; elles étaient continues, mais elles présentaient de temps en temps des exacerbations sous forme d'élancements. Au bout de dix jours, pendant lesquels le malade a continué de vaquer à ses occupations et n'a eu recours à aucun traitement, la douleur a changé de place pour se porter dans le côté droit de la même région. Trois jours après, elle s'est déplacée de nouveau, et elle a envahi l'aine droite, le pubis, la partie supérieure et interne de la cuisse, et la moitié droite du scrotum. Dans ce nouveau siége, la douleur acquit une intensité extraordinaire.

Au moment de l'entrée du malade, nous notons les symptômes suivants : face pâle, expression de souffrance; de temps en temps, cris plaintifs arrachés par la douleur. Celle-ci occupe les points que j'ai signalés en dernier lieu; se répand, en outre, sur toute la cuisse du côté droit; paraît superficielle; est continue, mais plusieurs fois, dans une minute, elle occasionne des élancements qui arrachent des cris au malade, et le forcent de se mettre sur son séant. Le pubis, le scrotum, et la partie supérieure de la cuisse sont sensibles à la moindre pression.

Le 11, on prescrit une application de quinze sangsues. — Le lendemain, la douleur a abandonné le pubis et le scrotum, mais elle siége encore sur la partie supérieure de la cuisse, où elle conserve toute son intensité. On applique douze sangsues dans ce point. — Le 13, la douleur n'est pas sensiblement modifiée : apposition d'un vésicatoire sur le point douloureux. — Le 14, pas de changement. On panse le vésicatoire avec 0,02 de chlorhydrate de morphine; le soir, la douleur est plus forte que jamais. On prescrit un bain. Ce moyen, le seul qui eût été mis en usage avant l'entrée du malade à l'hôpital, a toujours produit un soulagement momentané. Cette fois encore, le bain détermine une diminution de la douleur, et le malade passe une meilleure nuit. Le 15, la douleur a repris de l'acuité vers le matin. La pression l'augmente toujours à la partie supérieure de la cuisse. Les ganglions de l'aine droite sont légèrement tuméfiés. On donne un bain. — Le 16 et les jours suivants, les souffrances ordinaires sont remplacées par une douleur sourde et gravative, accompagnée de faibles élancements. — Le 20, nous constatons, à la partie supérieure et interne de la cuisse, un empâtement profond. Cette région est très-douloureuse à la pression. Le malade tient sa cuisse à demi fléchie, et ne peut, qu'avec une douleur assez vive, la placer dans l'extension. Le mouvement fébrile, qui avait jusqu'alors existé, diminue à dater de ce jour, et la douleur se

concentre à la partie supérieure de la cuisse, dont l'empâtement se prononce de plus en plus. Le 23, on sent manifestement une fluctuation profonde. La pression détermine une douleur très-vive. Le 24, on pratique une incision de la peau et du tissu cellulaire. Le doigt, introduit ensuite entre les fibres musculaires, ouvre un passage au pus qui se trouvait collecté au-devant de la branche descendante du pubis dénudée, ce que l'index de l'opérateur constate.

Après avoir fait sortir une certaine quantité de pus, on introduit une mèche de charpie dans le foyer. On prescrit au malade un julep avec 4 grammes d'alcoolature d'aconit.

Les jours suivants, il sort à chaque pansement, matin et soir, une grande quantité de pus jaune phlegmoneux, bien lié. L'ouverture de l'abcès fait cesser la douleur profonde et lancinante que le malade ressentait, mais le membre reste à demi fléchi et incapable de mouvement. La quantité de pus fournie par l'abcès diminue peu à peu ; l'appétit et les fonctions digestives se rétablissent. Tous les jours, on a prescrit au malade un julep avec l'alcoolature d'aconit, dont la dose a été portée jusqu'à 5 grammes. On a pansé l'abcès avec une mèche enduite de styrax. Aujourd'hui l'abcès est converti en une fistule qui fournit tous les jours une petite quantité de pus. En introduisant un stylet, on ne sent plus l'os dénudé comme au commencement. Le membre est encore à demi fléchi, et le malade, quoique dans l'impossibilité de marcher, demande sa sortie.

Transposition des organes chez un homme affecté de varicocèle. — Exemple de guérison de cette maladie par la méthode de l'enroulement. — Le varicocèle est beaucoup plus fréquent à gauche qu'à droite, et quand il existe des deux côtés, les vaisseaux du côté gauche sont toujours les plus dilatés. On a placé la cause de cette particularité organique dans la disposition différente des veines spermatiques. L'on sait effectivement que la veine spermatique droite va se rendre directement dans la veine cave inférieure, tandis que la gauche rencontre, à angle droit, la veine émulgente, et par conséquent dans une direction opposée au courant du sang qui revient du rein. C'est à cet obstacle plus grand dans la circulation, dans l'une des veines, qu'on a cru devoir rapporter cette disposition du côté gauche à présenter d'une façon presque exclusive les exemples de varicocèle. Nous venons de voir dans les salles de M. Vidal, à l'hôpital du Midi, un cas qui vient à l'appui de cette théorie admise par ce chirurgien dans son Traité de médecine opératoire. Le nommé Rigaut (Pierre), maréchal ferrant, âgé de vingt-deux ans, garçon fort et vigoureux, est entré dans le service de

ce chirurgien le 5 septembre, pour se faire traiter d'un varicocèle double. Celui du côté droit était beaucoup plus volumineux que le gauche. Cette particularité, que M. Vidal rencontrait pour la première fois, lui en fit rechercher la cause. Ce fut alors que notre confrère constata la transposition des organes chez ce malade. Le cœur était placé dans le côté droit de la poitrine, tandis que le foie occupait l'hypocondre gauche. La disposition des veines spermatiques a dû subir les conséquences de cette transposition organique. Mais que cette explication soit valable ou non, ce qui nous intéresse plus particulièrement, et ce qui recommande surtout ce cas à notre attention, c'est le bon résultat que nous avons constaté du traitement de cette maladie par la méthode de l'enroulement.

Corps étranger introduit dans la vessie.— Tentatives inutiles de lithotripsie. — Mort. — Une déduction pratique découle naturellement du fait que nous allons rapporter. Dans les cas semblables, ce qui importe par-dessus tout, c'est de débarrasser promptement le malade d'un corps qui, par ses dimensions et sa forme, doit nécessairement, lors des contractions de la vessie, produire de graves désordres. La taille, et non la lithotripsie, pouvait seule remplir cette indication.

Le nommé Monnier, domestique, âgé de trente-deux ans, dans des intentions que nous n'avons pas besoin d'apprécier, s'introduit, le 19 août, dans le canal de l'urètre, un cure-oreille en ivoire. Dans les tentatives qu'il fait pour l'extraire, ce corps chemine et passe dans la vessie. Des douleurs assez vives se déclarent alors, et le malade, inquiet, vient se présenter à l'hôpital Beaujon, le 22, et on le place dans le service de M. Robert. Ce chirurgien, après avoir constaté, par l'introduction d'une sonde métallique, la présence du corps étranger, tenta de l'extraire en se servant de la pince à trois branches. Mais, arrivée dans la vessie, la pince ne put être ouverte ; le cure-oreille était placé en travers, et barrait le col de la vessie. M. Robert eut alors l'idée de recourir à l'aspiration, à l'aide de l'instrument particulier inventé par le docteur Cornet pour extraire les fragments de calculs laissés dans la vessie. Il fallut y renoncer aussi : chaque fois qu'on aspirait le liquide injecté dans la poche vésicale, le corps étranger venait frapper le tube du *lithotriteur*, sans s'engager dans son ouverture. Ces efforts de succion ne furent pas poussés très-loin, dans la crainte que le corps étranger, qui était pointu, ne perforât les parois vésicales. Tous ces essais restant infructueux, on proposa de tenter l'usage de la lithotripsie, et M. Heurteloup offrit à M. Robert un brise-pierre tranchant, qui parut remplir parfaitement les indications.

L'expérience préalable, faite par M. Heurteloup sur un cure-oreille semblable à celui que renfermait la vessie du malade, rassura tout d'abord. A l'aide du brise-pierre tranchant que ce chirurgien avait fait exécuter, la section du corps étranger fut prompte, ses fragments ne présentèrent pas d'aspérités, et l'on put espérer d'éviter l'apparition d'accidents graves vers la vessie. Une première séance eut lieu ; c'était le 5 septembre ; le malade fut fixé sur un lit mécanique, comme on le fait ordinairement lorsqu'on emploie la lithotripsie par percussion. L'instrument fut introduit dans la vessie, et le corps étranger facilement saisi et divisé à deux reprises. Le lendemain 6, à la visite, cet homme montra, tout radieux, un fragment d'environ 2 centimètres, qu'il avait rendu en urinant. La journée se passa bien ; mais, le 7, dans la soirée, il éprouva un accès de fièvre intermittente, qui se renouvela d'une façon plus intense le 8. Une dose de sulfate de quinine en fit justice ; cependant, à partir de ce moment, le facies du malade ne revint pas à son type normal ; le teint était pâle, le nez effilé ; l'ensemble des traits tant soit peu allongés nous donnait la crainte d'une phlegmasie latente, qui ne tarderait pas à faire explosion. Malgré ces symptômes, la nécessité de débarrasser le malade engagea M. Heurteloup à passer outre, et une nouvelle tentative de lithotripsie eut lieu le 9. Cette fois, le corps étranger ne put être rencontré ni saisi. La journée se passa assez bien. Le 10, vers le soir, le malade fut pris de frisson, d'envies de vomir et de douleurs générales dans l'abdomen, qui augmentèrent le lendemain malgré un traitement énergique, et le malade succomba quarante-huit heures après l'invasion des premiers symptômes de la péritonite. A l'autopsie, on trouva le rectum adhérent par de fausses membranes à la partie postérieure gauche de la vessie, et un abcès du volume d'une noix, développé dans le tissu cellulaire de cette région. La surface interne de la vessie présentait quelques traces d'inflammation, et une ouverture arrondie, remplie par le corps étranger, qui faisait une saillie d'environ 2 centimètres dans la cavité de l'abcès. Pour montrer combien la section faite par le brise-pierre tranchant était nette, nous ajouterons que c'était par l'extrémité en cupule destinée à curer l'oreille que ce corps avait perforé la vessie, tandis qu'on n'observait point de déchirure dans le point de la muqueuse contigu à l'extrémité opposée de ce fragment, et qui correspondait à la portion du cure-dent rejetée avec l'urine par le canal de l'urètre, le lendemain de la première séance.

Syphilis constitutionnelle chez un enfant à la mamelle.—Altération du sang. — Hémorrhagies multiples. — M. le professeur

Trousseau a le premier appelé l'attention sur une altération spéciale que présente le sang des enfants très-jeunes atteints de cachexie syphilitique, et sur la singulière tendance qu'ont ces sujets à des hémorrhagies passives qui se font à la surface des membranes muqueuses et des membranes séreuses. C'est un fait que ce praticien distingué a souvent eu l'occasion de vérifier dans son nombreux service d'enfants à la mamelle et de nourrices. Le sang devient alors semblable à de la sérosité noirâtre, analogue à une infusion assez légère de café. Il contient aussi moins de globules qu'à l'état normal, et ces globules sont altérés dans leur couleur. L'observation qui suit est à la fois un exemple, et de cette altération du sang, et de la remarquable tendance aux hémorrhagies qu'ont les enfants atteints de syphilis constitutionnelle.

On apporte à l'hôpital Necker, salle Sainte-Cécile, nº 7 *bis*, un enfant âgé d'un mois, atteint de syphilis constitutionnelle, dont la mère prétend d'ailleurs n'avoir jamais eu d'accidents syphilitiques. L'enfant vint au monde dans un assez bon état de santé. Mais quinze jours après sa naissance, sa peau commença à prendre une teinte jaune. Il survint du coryza, un écoulement sanieux et ensanglanté par le nez, des fissures aux lèvres, des taches jaunes, des squammes et des croûtes sur le menton, à la racine du nez et sur le sourcil, enfin des ulcérations serpigineuses des fesses et des cuisses. On prescrivit pour la mère et l'enfant un bain chaque jour avec

Sublimé. . . . . 15 grammes.
Dissolvez dans Alcool. . . . . 100 grammes.

Sous l'influence de ces bains pris chaque jour régulièrement, il y eut une rapide amélioration. Les ulcérations furent d'abord guéries, puis les croûtes tombèrent, les fissures se cicatrisèrent, le coryza diminua sensiblement. Une indisposition de la mère obligea à suspendre l'usage des bains.

Huit ou dix jours après, il survint de la diarrhée et des vomissements, puis bientôt un muguet très-confluent et tenace, des tumeurs sous-cutanées qui arrivèrent à suppuration, renfermant un pus sanieux, et se firent jour à la peau, puis de nombreuses pustules d'ecthyma, et l'enfant succomba.

A l'autopsie, on trouvait dans la grande cavité de l'arachnoïde une sérosité teinte en rouge bistre, et laissant déposer de nombreux globules de sang altérés dans leur coloration. Ces globules étaient déposés en grand nombre à la surface de la pie-mère, et lui donnaient une couleur d'infusion faible de café. Toute la substance grise et la substance blanche avaient une teinte rose nuancée, et comme marbrée. En regardant de près, il semblait que ce fût de petits noyaux hémorrhagiques.

Quelques noyaux de pneumonie lobulaire à divers degrés. Masses nombreuses infiltrées d'une sérosité rougeâtre semblable à du sang altéré. Pas de tubercules.

Aucune lésion des viscères abdominaux. Certaines portions de l'intestin contenaient un liquide noir comme de la poix, et teignant profondément la paroi intestinale.

Le sang contenu dans les vaisseaux avait une couleur rousse, ne formait point de caillots, et laissait déposer, avec une rapidité extraordinaire, les globules dont la quantité était d'ailleurs notablement diminuée. Il en était de même du sang contenu dans les cavités du cœur et qui y était peu abondant d'ailleurs.

Albuminurie et anasarque, consécutives à la scarlatine. — Un enfant, âgé de vingt-sept mois, est amené par sa mère dans le service de M. Trousseau (salle Sainte-Thérèse, nº 3 *bis*). Il était bien développé, et d'une constitution, en apparence, robuste. Déjà venu à l'hôpital pour y être traité de la gale et d'un impétigo, il en était bientôt sorti parfaitement guéri, lorsque, il y a deux mois et demi environ, il tomba malade, accusa de vives douleurs dans le membre pelvien du côté droit, particulièrement au niveau de l'articulation coxo-fémorale. En peu de temps la cuisse droite se releva, se fléchit sur le ventre, puis la jambe sur la cuisse. Aujourd'hui on constate avec la plus grande facilité l'existence d'une coxalgie.

Il y a quinze jours environ, l'enfant fut pris d'une maladie éruptive, accompagnée d'une fièvre très-vive, d'agitation et de délire pendant la nuit. Le corps était universellement rouge ; l'éruption était prédominante au niveau du cou, de l'aine, et aussi, quoiqu'à un moindre degré, au niveau du visage. L'enfant toussait un peu, sans mal de gorge apparent. La mère n'a pas remarqué qu'aucune desquammation se fût opérée, et aujourd'hui, au moment de l'entrée de l'enfant à l'hôpital, on n'en constate aucune trace.

Il y a six jours, les urines devinrent tout à coup de couleur foncée, noirâtres. Quatre jours après, tous les membres et le tronc étaient le siége d'une anasarque qui, dès le lendemain, gagnait le visage. Aujourd'hui, troisième jour, la bouffissure est générale, la peau assez chaude, le pouls développé et médiocrement fréquent ; les urines troubles, de couleur brune, précipitent par l'acide nitrique de l'albumine en très-grande quantité. L'enfant tousse beaucoup. En auscultant avec soin la poitrine, on ne constate qu'un peu de râle muqueux, sans aucun mélange de râle sous-crépitant.

On prescrit deux fumigations de baies de genièvre chaque jour, et

des applications, sur la peau, de flanelle exposée à la fumée des baies de genièvre.

Quelques jours après, en examinant au microscope les urines de l'enfant, on y constatait la présence de globules de sang en très-grand nombre et parfaitement distincts. La composition des urines semblait d'ailleurs éprouver, à peu de jours de distance, de grandes modifications. Tantôt elles devenaient bourbeuses, de couleur verte mêlée de jaune, et notablement acides; tantôt elles étaient bien plus évidemment sanglantes et de couleur brune très-foncée. Elles contenaient, d'ailleurs, toujours une énorme proportion d'albumine. — L'anasarque commença pourtant à diminuer après dix jours environ de traitement, et en même temps l'urine devint moins albumineuse. On appliqua alors à demeure, dans les lombes, un large emplâtre de poix de Bourgogne. Le dix-huitième jour de l'entrée de l'enfant à l'hôpital, la proportion de l'albumine dans les urines avait considérablement diminué, et l'anasarque n'était plus sensible que dans quelques points limités. Elle avait presque complétement disparu.

Quelques jours après, l'enfant prenait la varicelle. L'éruption, d'abord fort restreinte, s'étendit rapidement et occupa la presque totalité de la surface du corps. Elle consistait dans de larges bulles remplies de sérosité purulente, et, dans certains points, de véritable pus. Ces bulles duraient, en général, assez peu de temps; mais de nouvelles se formaient par des poussées successives, à mesure que les premières se desséchaient. L'éruption dura douze jours.

A ce moment, l'anasarque ne laissait plus aucune trace. Les membres, le tronc et le visage étaient revenus tout à fait à l'état normal. Les urines étaient claires, ne formaient aucun dépôt, et ne contenaient plus de globules sanguins. En y versant de l'acide nitrique, ou en les chauffant, on produisait alors un léger nuage blanchâtre. Dix jours après, l'enfant quittait l'hôpital. Ses urines étaient redevenues parfaitement normales. Il était complétement guéri de l'anasarque et de l'albuminurie; mais la coxalgie n'avait éprouvé aucune modification.

On voit par cette observation combien diffèrent, au point de vue du pronostic, les albuminuries aiguës, comme celles qui succèdent si fréquemment à la scarlatine, et les albuminuries chroniques, apyrétiques. Ces dernières, ordinairement liées à une altération organique des reins, ont une gravité que ne présentent jamais les premières. Ce sont là deux ordres de maladies qui n'ont de commun qu'un symptôme, à savoir, la présence de l'albumine dans les urines. Elles diffèrent essentiellement par tous leurs autres caractères.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACTION MUSCULAIRE (*Fractures de la clavicule causées par l'*). Tout le monde connaît l'histoire de ce notaire qui se fractura la clavicule en élevant le bras pour saisir un registre. Des accidents de ce genre semblent ne devoir guère se produire que lorsqu'il y a une maladie antérieure de l'os. Voici cependant un nouveau cas de fracture de la clavicule par la seule action musculaire, sans que rien ait pu faire croire que l'os ait été malade. Un charretier, âgé de quarante-six ans, donnait à son cheval un coup de fouet; en portant son bras en arrière, il sentit que quelque chose se brisait vers son épaule. A l'instant, le bras tomba sans mouvement à côté du corps, et il lui fut impossible de s'en servir. Lorsqu'il entra à l'hôpital, dans le service de M. Phillips, on reconnut une fracture de la clavicule, immédiatement en dehors de l'insertion claviculaire du muscle sterno-mastoïdien. La santé de cet homme était d'ailleurs parfaite. Un second fait tout à fait analogue s'est passé dans le service du même chirurgien, et à peu près à la même époque. Un homme de quarante cinq ans se présenta à l'hôpital pour une lésion de l'épaule qui lui était survenue quelques jours auparavant. En élevant le bras pour saisir un objet qui venait de lui échapper, il avait senti que quelque chose se brisait, et son bras était tombé le long de son corps, tout comme dans le cas précédent. En l'examinant on reconnut qu'une grande portion de l'apophyse acromion était séparée de l'omoplate. Cet homme jouissait d'une assez bonne santé, n'avait jamais eu de rhumatisme, et ne portait aucune trace d'affection syphilitique. (*Lond. méd. Gaz.* et *Arch. gén. de méd.*, septembre 1847.)

ANGINE (*De la saignée des veines ranines dans l'*). Bien qu'on trouve dans quelques traités de médecine opératoire la saignée des veines ranines indiquée comme une opération régulière, son usage a été jusqu'à présent tellement restreint qu'on a pu la considérer comme entièrement tombée en désuétude. Il ne sera donc pas hors de propos de rappeler les bons effets qu'en retire un médecin italien dans les cas d'angines graves. Considérant la lenteur avec laquelle agissent les évacuations sanguines locales, dans les cas où un secours prompt et actif est nécessaire, la cherté des sangsues, les difficultés qui accompagnent souvent leur application chez les gens de la classe pauvre surtout, M. le docteur Ceglie a eu recours depuis nombre d'années à la saignée simultanée des deux veines ranines, qu'il pratique en saisissant la langue par la pointe, après l'avoir préalablement assujettie avec les doigts garnis d'un linge, et en ouvrant les deux veines à l'aide d'une lancette aiguë. — La disposition anatomique de ces deux vaisseaux explique assez comment, par leurs rapports avec les veines du pharynx, du larynx et avec les veines céphaliques, on peut obtenir un dégorgement rapide, tant des parties primitivement atteintes, que du cerveau et des poumons. M. Ceglie ajoute que cette pratique lui a été très-utile; dans quelques cas il a été contraint de renouveler deux ou trois fois la saignée dans la même journée, suivant la gravité des cas. Cette opération n'exclut pas d'ailleurs l'emploi des autres moyens généralement indiqués, tels que l'usage interne du tartre stibié, les frictions belladonées, etc.; c'est seulement pour parer aux premiers accidents, et comme remplissant plus sûrement et plus rapidement cette indication que les applications de sangsues, que M. Ceglie en recommande l'usage. (*Gazetta Toscana* et *Union méd.*, septembre 1847.)

ARSENIC *dans la sérosité d'un vésicatoire; nouveau moyen de diagnostic des empoisonnements.* M. Legroux, médecin de l'hôpital Beaujon, fut appelé auprès d'une femme qui, ayant avalé la veille de l'arsenic, dans le dessein de s'empoisonner, et étant en proie aux symptômes les plus alarmants, se refusait à donner aucun renseignement sur la cause de son mal. Le produit des vomissements et des selles avait été perdu,

et les urines étaient très-rares. M. Legroux, réduit à faire la médecine des symptômes, appliqua un large vésicatoire. Une sérosité abondante s'étant accumulée sous l'épiderme, il la recueillit et en confia l'analyse à M. Chatin, à qui il remit aussi l'urine qu'avait enfin rendue la malade. Après quelques essais d'analyses négatifs, M. Chatin introduisit successivement ces deux liquides dans l'appareil de Marsh, et voici le résultat qu'il obtint. Les urines, pesant 84 grammes, fournirent un anneau arsenical et assez de taches pour recouvrir entièrement deux assiettes de porcelaine. Le résidu de la sérosité du vésicatoire, quoique ne pesant que 40 grammes, donna seize belles taches d'arsenic, plus un assez grand nombre de taches légères.

Ce fait a naturellement mis M. Chatin sur la voie d'une nouvelle application, utile tout à la fois à la médecine légale et à la thérapeutique. On pourrait en effet tirer parti, à l'avenir, pour le diagnostic de l'empoisonnement, dans certaines circonstances données, de la recherche des composés toxiques dans l'humeur séreuse et dans les produits de l'excrétion cutanée. Que la sécrétion urinaire vienne à manquer, par exemple, ainsi que cela s'observe quelquefois dans la période aiguë des empoisonnements; que le tube digestif ne renferme ou ne rende plus de matières suspectes, il restera au médecin, pour éclairer son diagnostic, la ressource de provoquer la sécrétion séreuse de la peau. (*Journal de chimie méd.*, septembre 1847.)

CALCUL URÉTRO - PÉRINÉAL *très-volumineux ; extraction et guérison.* On trouve dans les auteurs et notamment dans les Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, d'assez nombreux exemples de tumeurs périnéales, formées par la présence d'une ou de plusieurs pierres urinaires; mais la plupart de ces observations se rapportent à des pierres urinaires formées dans le tissu cellulaire du périnée, et qui, par conséquent, ne sont extraites qu'en dehors du canal. L'observation suivante, rapportée par notre collaborateur, M. le docteur Payan, d'Aix, ayant trait à un cas de calcul urétro-périnéal, dont il n'existe que de très-rares exemples bien constatés, nous a paru offrir, sous ce rapport, un assez grand intérêt pour en produire les principales circonstances.

M. Payan fut consulté en mars 1840, par un homme âgé de cinquante-un ans, souffrant beaucoup d'une tumeur au périnée. Cet homme avait été taillé à l'âge de cinq ans; une fistule s'était établie à la suite de cette opération, laquelle se fermait et se rouvrait alternativement. Plus tard une tumeur se développa au périnée au-dessus de l'orifice fistuleux; cette tumeur, augmentant progressivement de volume, en vint au point de le faire beaucoup souffrir et de gêner l'émission de l'urine. M. Payan reconnut au périnée, en plongeant jusque dans les bourses, une tumeur considérable, qui repoussait sur les côtés et en avant des deux testicules. Il s'assura par le toucher qu'elle était dure, très-résistante, immobile. Une sonde courbée introduite dans l'orifice fistuleux qui existait vers le tiers postérieur de cette tumeur, fut arrêtée par un corps solide et résistant qui fut reconnu pour être un calcul d'un volume très-considérable. L'extraction de ce calcul ayant été proposée et acceptée, M. Payan y procéda de la manière suivante : le malade étant placé comme pour l'opération de la taille, l'opérateur fit glisser la sonde cannelée par la fistule entre la peau et la pierre. Engageant alors la pointe du bistouri dans la cannelure, il fit ainsi d'avant en arrière une incision qui mit la pierre à découvert. Une autre incision fut pratiquée de la même manière en arrière de la fistule; et quelques incisions transversales pratiquées de chaque côté achevèrent d'agrandir le passage. Glissant alors, entre les parties latérales de la poche qui recélait le calcul et le calcul lui-même, deux curettes à cuiller, le calcul en fut aisément retiré. Il avait la forme d'une poire allongée, assez volumineuse, et ne pesait pas moins de 220 grammes. La cavité d'où l'on venait d'extraire ce calcul était ovalaire; sa petite extrémité regardant du côté du col de la vessie, aboutissait à un enfoncement infundibuliforme, du sommet duquel l'urine sortait lorsque le malade contractait sa vessie, et l'on put reconnaître que la cavité primitive extra-urétrale, qui sans doute avait seule contenu le calcul dans les premiers temps de sa formation, avait fini par se confondre avec la cavité du canal énormément distendu. Toutes les deux en ce moment concou-

raient à établir la poche en forme de kyste dans laquelle se trouvait la pierre, au point que si l'on n'avait su que cet homme avait été taillé quarante-quatre ans auparavant, et qu'il avait existé une fistule après l'opération, on aurait pu penser que c'était dans l'urètre même que le calcul s'était développé. Il n'existait, du reste, aucune membrane de séparation entre le kyste et le canal, la pierre était réellement logée dans le canal fortement distendu et agrandi de la poche primitive qui avait été dans la fistule. Il ne fut pas possible de rétablir le canal dans son état normal et le malade guérit en conservant sa fistule. (*Arch. de la méd. belge*, août 1847.)

CATAPLASMES *de farine de blé.* Admettant l'inutilité de l'huile de lin dans la farine des cataplasmes, M. Deschamps, d'Avallon, propose de substituer à cette substance la farine de blé. Cette dernière présente, suivant lui, un avantage considérable sur la farine de lin, puisque avec 100 grammes de fécule on peut faire un cataplasme dont le poids est représenté par 1.100 grammes. Le calcul suivant démontre, dit-il, l'avantage de la fécule.

Un établissement qui emploie 100 kilog. de farine de lin, ou 460 kilog. de cataplasme, dépense 55 fr. par mois, ou achète 660 fr. de farine de lin par an. Si l'on substituait la fécule à la farine de lin, il dépenserait 42 kilog. de fécule, ou 15 fr. 80 c., ce qui ferait par an une dépense de 201 f. 60 c.

Et si l'on employait de la graine de lin pour donner de l'onctuosité aux cataplasmes, il faudrait 20 grammes de graine de lin par litre d'eau, ou à peu près 100 kilog. de graine par an, ou. . .	50	»
L'établissement ne dépenserait donc que. . . .	251	60
économiserait.	408	40

et aurait pour ses malades des cataplasmes plus légers que ceux de farine de lin.

Nous ne partageons pas entièrement la manière de voir de l'auteur à l'égard de l'inutilité de la matière onctueuse dans les cataplasmes. Mais nous sommes beaucoup plus frappé de la justesse de ses calculs économiques et de l'utilité réelle qu'il y aurait sous ce rapport à substituer les cataplasmes de blé aux cataplasmes de lin, particulièrement dans les campagnes, si toutefois l'expérience démontrait qu'à l'aide d'une petite proportion de farine de lin, ils eussent les mêmes avantages thérapeutiques. (*Abeille méd.*, septembre 1847.)

CORPS ÉTRANGER *dans le conduit auditif externe; extraction au moyen de l'injection.* Un jeune enfant fut amené le 22 janvier à M. le docteur Biechy. Un de ses camarades lui avait introduit, la veille, une fève dans le conduit auditif externe du côté gauche. L'oreille était rouge, douloureuse et très-sensible au contact des instruments à l'aide desquels on s'efforça, mais en vain, d'extraire ce corps étranger. Après une heure de vains efforts, M. Biechy allait renoncer, lorsqu'il se remit en mémoire un procédé ancien qu'il avait vu rappeler récemment dans un journal, l'injection auriculaire. Il y recourut, et à la première injection le reflux du liquide amena la fève au dehors.

L'auteur, en rapportant ce fait, exprime son étonnement qu'un procédé aussi simple et aussi efficace semble avoir été méconnu ou au moins négligé par les médecins spécialistes. M. Ménière a rappelé à cette occasion qu'il lui est arrivé un grand nombre de fois d'extraire en un instant, par ce moyen, des corps étrangers que l'on avait vainement essayé d'enlever par toutes sortes de moyens, au grand détriment des patients; et que l'injection auriculaire était depuis longtemps substituée, dans la pratique, à l'usage des curettes, des pinces et autres instruments. Nous avons vu nous-même, il y a plusieurs mois, ce moyen réussir parfaitement dans un cas analogue, entre les mains d'un habile otologiste de Paris. Quoi qu'il en soit de cette petite question de priorité, qui n'en est pas une au fond, puisqu'il s'agit d'un moyen ancien et qui peut tout au plus avoir été oublié ou négligé dans la pratique générale, nous saisissons cette occasion de rappeler aux praticiens un procédé aussi simple et d'une aussi grande utilité. (*Gaz. méd. de Strasbourg* et *Gaz. des hôpitaux*, septembre 1847.

DORURE GALVANO-PLASTIQUE (*Accidents produits par la*). On s'est flatté un instant que la substitution des nouvelles méthodes de dorure par

la galvano-plastie introduiraient une amélioration considérable dans l'état sanitaire des ouvriers doreurs. Cette espérance n'a été qu'incomplétement réalisée, car, s'il faut en croire les observations qu'a recueillies sur ce sujet M. le docteur Chanet, la dorure galvano-plastique, dite par la voie humide, c'est-à-dire avec les dissolutions cyanurées, ne serait exempte ni d'inconvénients, ni de danger. En effet, par suite des réactions chimiques qui se passent pendant le cours de l'opération, il se dégage dans l'atmosphère ambiante de l'acide cyanhydrique, qui se décèle par une odeur caractéristique répandue jusque dans les escaliers et les cours des maisons habitées par les doreurs. Les organes de la respiration ne sont pas les seules voies d'introduction du poison; les mains sont presque toujours couvertes d'ulcérations, de crevasses et de gerçures, qui lui donnent également accès dans l'économie. Les ulcérations développées sous l'influence de cet agent toxique perforent quelquefois les tissus jusqu'à l'os; les douleurs sont intolérables et occasionnent de longues insomnies; les cicatrices qui leur succèdent, généralement rondes et déprimées, ressemblent aux traces de boutons varioleux. Voici en quels termes M. Chanet décrit les symptômes de cette intoxication : « C'est d'abord une sourde céphalalgie, accompagnée par moments de vifs élancements, occupant plus particulièrement la région syncipitale; puis viennent les bourdonnements d'oreilles, les vertiges, les éblouissements, enfin tout le cortége d'une véritable congestion cérébrale. Cet état ne tarde pas à se compliquer de phénomènes congestifs du côté des poumons et du cœur, par le trouble que l'innervation déprimée apporte dans les fonctions de ces organes, étouffements, palpitations, anxiété précordiale, respiration difficile, accompagnée de bâillements et de pandiculations, constrictions de la gorge, alternative d'insomnie et de somnolence. » (*Gaz. méd. de Paris*, octobre 1847.)

ERGOT DE SEIGLE; *son emploi topique.* On sait combien diffère, dans les Écoles, la manière d'interpréter le mode d'action du seigle ergoté sur l'organisme. Entre la théorie italienne et les idées le plus généralement admises en France, il y a place pour bien des hypothèses. C'est au nombre de ces dernières qu'on peut placer l'opinion de M. Sovet, qui a cherché à démontrer que le principal mode d'action de l'ergot est la coarctation des vaisseaux artériels, ou, en d'autres termes, que l'ergot, au lieu d'être un *hyposténisant direct*, comme le veulent les médecins italiens, excite un phénomène actif dans les fibres de la tunique moyenne des artères, d'où résulte une coarctation, un rétrécissement du calibre vasculaire. Nous n'avons nulle intention, en ce moment, d'examiner le plus ou moins de validité de cette théorie. Si nous la rappelons, c'est uniquement parce qu'elle a servi de point de départ à M. Sovet pour instituer un traitement topique par l'ergot. En réfléchissant, dit cet auteur, au mode d'action de l'ergot et à l'influence première qu'il exerce sur les capillaires, j'ai été porté à l'expérimenter topiquement contre les phlegmasies externes. Et le résultat de ces premières expériences lui fait croire qu'il a ouvert une bonne voie à l'application thérapeutique de ce moyen. Voici ce qu'il dit avoir constaté : Dans deux cas d'érysipèle affectant, l'un une jeune personne de vingt-un ans, à la jambe, l'autre, une dame de quarante-sept ans, à la face, il a obtenu, par l'usage topique de l'ergot, la résolution en un jour et demi; tandis que, chez les mêmes malades, il y a un an et deux ans, les moyens habituellement employés n'avaient amené ce résultat qu'au bout de huit à dix jours. Dans une inflammation commençante du derme et du tissu cellulaire du niblet, il a obtenu, par le même agent, la cessation de la douleur et de la tuméfaction, en quatre-vingt-quatre heures. Dans un cas d'ophthalmie catarrhale, l'injection et le gonflement des paupières ont cédé à l'application topique du même remède en une journée, mais l'amélioration s'est démentie le lendemain, sous l'influence de l'exposition de l'œil à un vent froid. Dans chacun de ces cas, l'auteur a employé une once d'ergot recueilli depuis un an, qui avait été bien conservé et seulement concassé au moment de le faire cuire dans une livre d'eau, jusqu'à réduction d'un bontiers. Des compresses imbibées de cette décoction tiède ont été constamment appliquées sur les surfaces phlogosées. Ayant obtenu ces résultats à l'aide d'une simple décoction, il pense qu'on devra attendre davan-

tage des préparations qui contiendront la poudre en nature, et mieux encore de celles qui ont pour base l'extrait résineux. — Quelle que soit l'interprétation théorique de ces faits que l'on adopte (nous laissons cette question tout à fait de côté pour l'instant), nous croyons que ces résultats, bien qu'incomplets encore, doivent engager à persévérer dans cette voie prudente d'expérimentation. (*Arch. de la méd. belge*, août 1847.)

FISSURE A L'ANUS. *Traitement par la dilatation forcée.* Tout le monde connaît la méthode de dilatation forcée à l'aide de laquelle M. Récamier traite les fissures à l'anus. Se fondant sur ce que la maladie consiste surtout dans le spasme du sphincter anal et sur l'indication de rompre ce spasme, M. Récamier introduit deux doigts dans le rectum et il tire à lui en écartant les doigts comme s'il voulait agrandir l'ouverture anale. Il lui est arrivé d'introduire la main tout entière dans le rectum, de former le poing et de le retirer ainsi fermé par l'anus. A l'aide de ce moyen, il dit avoir guéri instantanément toutes les fissures qu'il a traitées. Cependant cette méthode n'a point été généralement adoptée, elle est même très-peu usitée. La difficulté d'introduire plusieurs doigts dans l'anus, la douleur excessive dont s'accompagne cette introduction ont dû s'opposer plus d'une fois sans doute à l'application de ce procédé et y faire renoncer. Témoin des succès obtenus par M. Récamier, M. Maisonneuve a pensé que ces difficultés seraient aisément vaincues à l'aide de l'éthérisation, et qu'il ne resterait plus dès lors aucune objection à faire à cette méthode; il l'a donc mise en pratique en éthérisant préalablement ses malades, et depuis lors, dit-il, elle lui a constamment réussi, sans qu'il ait observé un seul accident ni une seule récidive.

Sans mettre nullement en doute la réalité des succès constants obtenus par MM. Récamier et Maisonneuve, à l'aide de la dilatation forcée, on ne peut s'empêcher cependant d'un certain sentiment de surprise en présence de ce résultat si heureux, tandis que par la section sous-cutanée des nerfs du sphincter à l'aide de laquelle on obtient plus sûrement encore la cessation du spasme musculaire, on n'a pas obtenu des succès aussi constants. D'un autre côté, des guérisons non moins réelles et non moins durables ont été obtenues en assez grand nombre par la section seule de la muqueuse, sans que le sphincter ait été atteint par l'instrument. N'y a-t-il point des conditions différentes qui peuvent expliquer soit la similitude des résultats obtenus par des méthodes diverses, soit leur différence alors qu'on a eu recours aux mêmes méthodes? Par exemple, la méthode de la simple section de la muqueuse ou de la cautérisation ne serait-elle pas manifestement insuffisante dans les cas où la fissure proprement dite n'est entretenue que par la contracture du sphincter de l'anus? ne serait-il pas au contraire à la fois superflu et insuffisant de recourir soit à la section, soit à la dilatation forcée du sphincter, lorsque la maladie consiste uniquement dans l'ulcération de la muqueuse? Il y a évidemment une distinction à établir à cet égard au point de vue des indications thérapeutiques. C'est une étude qui nous paraît encore à reprendre, malgré la discussion qui vient d'avoir lieu à la Société de chirurgie.

FRACTURE DE LA CLAVICULE (*Nouvel appareil pour la*). M. Guillon a soumis à l'Académie des sciences un appareil pour la fracture de la clavicule, beaucoup plus simple que celui de Desault, et construit, comme lui, de manière à remplir les trois indications principales que présentent ces sortes de fractures, c'est-à-dire maintenir les fragments en contact, et prévenir leur déplacement tout à la fois dans le sens de l'épaisseur, de la longueur et de la direction de l'os. Cet appareil est composé de cinq pièces : 1° une écharpe faite avec un mouchoir d'une longueur convenable; 2° un lacs fait avec une cravate dont le plus long bord est plié sur le milieu; 3° un bandage de corps fait avec une serviette; 4° un coussin carré en linge, plus épais au milieu que sur les bords; 5° un coussin axillaire, à la base duquel on fixe, de chaque côté, un bout de bande d'un demi-mètre de longueur. Voici de quelle manière M. Guillon applique cet appareil. Nous supposerons, pour l'intelligence des détails, le cas de l'un des malades qu'il a traités de cette manière, et qui avait une fracture de la clavicule gauche avec un déplacement considérable des

fragments, du fragment interne en haut et du fragment externe en bas et en dedans.

Toutes les pièces de l'appareil étant convenablement disposées, je passe, dit M. Guillon, l'écharpe sous le coude et l'avant-bras demi-fléchi; puis, après avoir ramené les deux chefs de l'écharpe derrière le cou, en en faisant passer un sur chaque épaule, je soulève le bras et l'avant-bras à l'aide de cette écharpe, jusqu'à ce que le fragment externe de la clavicule soit à la hauteur du fragment interne. Je fixe ensuite par un nœud les deux chefs ensemble. Je place l'extrémité du tiers moyen du lacs dorsal, formé avec une cravate, entre le bras et le tronc. Le tiers externe de ce même lacs est ramené de dedans en dehors et d'avant en arrière, en contournant l'extrémité supérieure de l'humérus, et son extrémité est fixée avec une épingle au milieu du lacs. L'autre extrémité de cette espèce de cravate est passée sous l'aisselle du côté sain, je la tire fortement en lui faisant contourner l'épaule; puis je l'attache au milieu de la cravate avec deux autres épingles. Le coussin axillaire, placé sous l'aisselle, y est fixé au moyen de deux bouts de bande qui sont noués ensemble sur l'épaule saine, l'une en passant devant la poitrine, l'autre derrière. Les deux bords de l'écharpe cousus ensemble, de manière à ce que le coude ne puisse sortir, l'humérus est transformé en un levier du premier genre, prenant son point d'appui sur le coussin axillaire; et le coude ainsi que l'avant-bras sont fixés sur le côté de la poitrine à l'aide du bandage de corps. Pour reporter le fragment externe en arrière et l'y maintenir de manière à ce qu'il ne puisse pas se porter en avant, et pour rendre à la clavicule sa rectitude naturelle, je place le coussin dorsal entre les deux épaules et le lacs qui s'étend de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche à l'épaule droite. Le lacs est solidement fixé avec des épingles sur le milieu du coussin carré. Le bandage de corps est attaché au bas de ce coussin, et les deux chefs de l'écharpe au haut de ce même coussin.

Voici quels sont les avantages que M. Guillon attribue plus spécialement à cet appareil :

1° Lorsqu'il est convenablement appliqué, le chirurgien n'a point à s'occuper de la coaptation qui se fait d'elle-même, les surfaces de fragments se mettant naturellement en rapport; 2° laissant à découvert la peau qui recouvre la fracture, il permet de reconnaître à chaque instant le moindre déplacement qui pourrait s'effectuer, et de faire les pansements qui pourraient être nécessités en cas de plaie; 3° comme au moyen de l'écharpe, on élève le fragment externe à la hauteur du fragment interne, et on le maintient élevé de la sorte autant qu'on le juge convenable; comme le chef de cette écharpe qui passe sur le fragment interne abaisse ce même fragment lorsqu'il est tiré en haut par le sterno-cléido-mastoïdien, l'attelle que les chirurgiens appliquent pour abaisser le fragment interne est rendue inutile par cet appareil; 4° enfin, l'application de cet appareil est plus aisée que celle de l'appareil de Desault, et lorsqu'une de ces pièces qui le composent vient à se relâcher, on la resserre très-aisément.

Le malade que M. Guillon a présenté à l'Académie, muni encore de cet appareil, est le neuvième sur lequel il a obtenu la guérison sans difformité.

GROSSESSE (*Nouveaux signes de la*). Les signes de la grossesse sont nombreux; aucun, à part ceux fournis par l'auscultation, n'a en soi une valeur absolue. Ce n'est que sur la réunion de plusieurs signes que l'on peut, le plus souvent, à défaut des signes stéthoscopiques, établir le diagnostic de la grossesse; il importe donc d'en posséder le plus grand nombre possible. A ce titre, les nouveaux signes indiqués par M. Huguier méritent d'être pris en considération. Ces signes sont les suivants : teinte violacée caractéristique; hypersécrétion des follicules pilifères et des follicules sébacés; hypersécrétion sudorale; œdème à divers degrés. L'aspect de la vulve, dit M. Huguier, offre chez les femmes enceintes une teinte violacée, qui n'a nulle part été décrite. Cette teinte, tout à fait caractéristique, peu apparente sur la surface interne des grandes lèvres, devient très-sensible sur la surface interne des nymphes, dans le voisinage du clitoris et du méat urinaire, sur le tubercule antérieur du vagin; c'est à la fin du deuxième mois de la grossesse, qu'on commence à l'observer; elle est très-évidente dans le cours du troisième

mois. Une autre particularité propre aux femmes enceintes, c'est un état d'humidité de la vulve, qui peut constituer un véritable écoulement. Le tissu cellulaire des grandes et petites lèvres, du clitoris, devient le siége d'une légère infiltration séreuse. Les follicules pilifères offrent une sorte d'état hypertrophique, et donnent à la surface externe des grandes lèvres un aspect granuleux mamelonné. Enfin, l'appareil sudorifère, les glandes sébacées fonctionnant plus activement, il en résulte habituellement un suintement anormal, un état gluant et poisseux des parties. Or, ajoute M. Hugnier, dans les cas qui peuvent simuler la grossesse, et contrairement à ce qui vient d'être exposé, les grandes lèvres, les nymphes, éprouvent une sorte de flétrissure, de vétusté et d'amincissement. (*Abeille médicale*, octobre 1847.)

HÉMORRHAGIE MORTELLE *par le tubercule ombilical* (*Nouveaux exemples d'*). Les exemples suivants montrent combien, en thérapeutique, il importe d'être bien fixé sur le degré de valeur des moyens que l'on a à sa disposition pour conjurer les accidents auxquels on est appelé à remédier. M. Keiller a rapporté, à la Société obstétricale d'Edimbourg, l'observation d'un enfant bien portant, qui, le troisième jour après la chute du cordon, a été pris d'une hémorrhagie par la cicatrice ombilicale. Comme l'écoulement du sang était peu abondant, on crut parer à cet accident par des fomentations styptiques aidées de la compression. Ces moyens n'ayant pas eu de succès, on leur substitua, le soir, la cautérisation par le nitrate d'argent; elle n'eut aussi qu'une efficacité momentanée. On eut recours alors au moyen le plus sûr, la ligature de toute la base du bourrelet ombilical, traversé préalablement avec une épingle; l'hémorrhagie a été arrêtée de suite, mais il était trop tard, l'enfant a succombé quelques heures après. M. Simpson a cité deux cas semblables, et M. Jamin vient d'en publier un troisième dans le Journal des Conn. médic.-chirur. Ce dernier fait montre même que la cautérisation au fer rouge n'est pas d'une efficacité moins grande que la ligature, puisque ce médecin éteignit deux fois, dans la cicatrice ombilicale, une tige de fer rougie à blanc, sans que l'hémorrhagie diminuât d'intensité, et l'enfant serait mort s'il ne lui fût venu à la pensée d'employer la ligature. Dès qu'elle fut appliquée, l'écoulement du sang s'arrêta immédiatement.

HYPOPYON (*De la teinture d'iode en collyre pour activer la résorption de l'*). M. le docteur Rivaud-Landrau, de Lyon, a retiré de bons effets de l'emploi de la teinture d'iode dans les cas d'ophthalmies internes, accompagnées d'épanchement purulent dans la chambre antérieure. A l'aide d'instillations dans l'œil d'un collyre ioduré, il est parvenu à provoquer la résorption d'hypopyons rebelles. Il prescrit de baigner l'œil trois fois par jour dans le collyre suivant :

Teinture d'iode, 12 gouttes; eau distillée, 70 grammes.

Dans cinq observations d'ophthalmies intenses, avec iritis, ulcères de la cornée et épanchement purulent dans la chambre antérieure, que rapporte l'auteur, ce collyre, mis en usage après avoir préalablement combattu l'inflammation par un traitement antiphlogistique énergique, a amené une prompte résorption de l'épanchement. Il est bon d'ajouter que l'application de ce moyen n'a produit aucune recrudescence de l'inflammation, ni aucune irritation sensible. Son action paraîtrait donc se borner à activer le jeu des vaisseaux absorbants, condition des plus favorables. L'auteur poursuit ses essais avec le même collyre contre certaines granulations de la cornée, suites des kératites scrofuleuses. L'indication toute rationnelle dans ce cas doit faire espérer des résultats tout aussi heureux. (*Union méd.*, septembre 1847.)

IODE (*Influence de l'*) *et de ses préparations sur les testicules et les mamelles*. Il n'est pas de médecin qui ne connaisse les propriétés atrophiques de l'iode sur le système glandulaire, et, tant qu'on s'est borné dans la pratique à l'emploi de la teinture d'iode, on s'est préoccupé de ces effets, soit pour les utiliser, soit pour en prévenir et en surveiller les conséquences, lorsqu'elles pouvaient être à redouter. Mais depuis qu'on a introduit dans la thérapeutique les nombreuses préparations pharmaceutiques à base iodique, on a peut être un peu trop négligé de s'enqué-

rir si ces nouveaux composés ne jouissaient pas, au même titre que la teinture d'iode, de ces mêmes propriétés atrophiques. Il y avait, sur ce point intéressant de thérapeutique, une véritable lacune, que M. le docteur Cullerier s'est proposé de combler, dans un Mémoire communiqué à la Société de chirurgie, et qui fait le sujet d'un rapport à la Société de médecine de Paris. Nous croyons qu'on nous saura gré de faire connaître quelques-uns des résultats des intéressantes recherches auxquelles s'est livré M. Cullerier sur ce sujet.

Tous les praticiens qui ont administré l'iodure de potassium ont observé que, sous son influence, l'embonpoint augmentait. Il semble qu'il y ait là une contradiction avec l'effet général de l'iode; mais cette contradiction est plus apparente que réelle. M. Cullerier fait en effet, à ce sujet, une remarque intéressante, que plus d'un praticien aura eu sans doute l'occasion de vérifier. Si l'on fait prendre l'iode pendant quelque temps à des individus dans le but d'étudier son action sur l'économie, il en est qui n'éprouveront rien peut-être, mais quelques-uns en ressentiront l'influence atrophique sur le système glandulaire et adipeux. Si l'on donne, au contraire, la même substance à dose égale, à pareil nombre de malades syphilitiques, à cette période à laquelle l'iode convient si bien, c'est-à-dire à la période tertiaire, ici la substance agira comme médication bienfaisante, qui annihilera le principe morbide, en débarrassera l'économie, permettra aux propriétés vitales de reprendre leur force et leur action, d'où le rétablissement de la nutrition, d'où le retour de l'embonpoint qui en est la conséquence.

Il semblait que l'association du fer à l'iode dût balancer la fâcheuse influence de cette dernière substance; mais les observations de M. Cullerier prouvent qu'il n'en est rien. Un jeune homme, soumis à ce traitement pendant six semaines pour un reste de blennorrhagie tenace, vit, sous l'influence de cette médication, ses testicules subir un commencement d'atrophie. Le médicament agit de même sur les mamelles. Les mêmes résultats ont été observés à la suite de l'emploi du protoiodure de mercure. Une jeune femme entre à l'Ourcine, avec des ulcérations à la langue, des chancres à la vulve, etc. Elle prend le protoiodure de mercure, accouche au bout d'un mois, suspend le traitement, qu'on reprend six semaines après. Au bout de huit jours, diminution dans la quantité du lait; bientôt, le traitement continuant, les seins sont presque taris. Après nouvelle suspension et reprise nouvelle du traitement, le lait, d'abord revenu à son abondance première, tarit de nouveau, et les seins s'affaissent. Cette propriété, bien connue d'ailleurs, de l'iode, a été utilisée avec succès dans des cas de galactorrhée; et M. Boys de Loury (le rapporteur) dit avoir eu l'occasion d'employer l'iodure de potassium chez une jeune fille atteinte de syphilis, et qui avait des mamelles énormément développées; à la fin du traitement, les mamelles, sans être atrophiées, avaient diminué d'une manière très-notable, sans que l'amaigrissement se fît sentir sur d'autres points du corps. Enfin, à l'occasion de ce travail, M. Casal a rapporté quelques faits qui lui sont propres, et d'après lesquels l'iodure de potassium aurait encore pour effet de diminuer et d'arrêter la menstruation chez la femme, et d'augmenter ainsi les chances de stérilité. (*Revue médicale*, août 1847.)

IODURE DE POTASSIUM (*Moyen pour constater la présence du carbonate de potasse dans l'*). L'iodure de potassium, dont l'usage s'est si généralement étendu en thérapeutique, est devenu, depuis quelque temps, en raison de l'élévation de son prix, comme le point de mire de tous les hardis spéculateurs. Parmi les nombreuses sophistications dont il a été l'objet, l'une des plus communes est celle qui consiste à mélanger à l'iodure de potassium du carbonate de potasse. Du moment où cette sophistication a été connue, on a proposé plusieurs moyens pour découvrir ce mélange, tels que l'emploi du sulfate de fer, de l'eau de chaux, etc. On y parvient également par le moyen suivant, qui est très-simple : on triture dans un mortier quelques grains de l'iodure suspecté avec une égale quantité de chlorhydrate d'ammoniaque; si l'iodure contient la plus minime proportion de carbonate de potasse, il se dégage aussitôt du mélange une odeur très-sensible de gaz ammoniac. (*Abeille médicale*, octobre 1847.)

LITHOTOMIE *chez la femme.* —

Taille urétrale bilatérale. Par des motifs qui sont trop familiers à tous les praticiens pour qu'il soit utile de les rappeler, les indications de l'opération de la taille chez la femme sont tellement rares, surtout depuis l'invention de la lithotritie, qu'un intérêt naturel s'attache à cette opération, toutes les fois que se présente l'une des rares circonstances où elle a été jugée nécessaire. Indépendamment de ce premier motif d'intérêt, l'observation suivante, communiquée par M. le docteur Defer à la Société de médecine de Strasbourg, et qui a été l'objet d'un rapport devant cette Société, se recommande plus particulièrement par l'intérêt des détails de l'opération, et des questions de médecine opératoire qu'elle soulève. Voici, en deux mots, la relation de l'état de la malade.

Une femme, âgée de soixante-trois ans, souffrant depuis une vingtaine d'années d'une affection des voies urinaires, vint consulter M. le docteur Defer qui, à la première inspection, acquit la conviction non-seulement de la présence dans la vessie d'un calcul volumineux, bosselé, immobile, et remplissant complétement la cavité de cet organe, mais encore celle d'un calcul multiple. L'exploration indirecte lui apprit, en outre, que la concrétion calcaire oblitérait complétement le vagin. Ces données acquises, M. Defer crut devoir pratiquer l'opération de la taille, qu'il exécuta de la manière suivante:

Une sonde cannelée introduite dans l'urètre, l'opérateur fit glisser le long de la cannelure un bistouri droit, et pratiqua deux incisions obliques de haut en bas et de dedans en dehors. Après avoir retiré les instruments, il introduisit le doigt indicateur dans la vessie, et reconnut qu'elle contenait plusieurs calculs, mais qu'il était impossible de les déplacer; ils étaient serrés les uns contre les autres, au point de paraître soudés, et adhéraient par quelques points à la vessie. Toutes les tentatives pour disjoindre ces calculs échouèrent, mais il fut possible de détruire les adhérences qui étaient à la portée du doigt, et de dénuder assez les calculs pour porter sur eux des tenettes solides. L'opérateur fit de vains efforts pour extraire l'un des calculs, qu'il était parvenu avec peine à charger; il ne tarda pas à reconnaître que ce calcul faisait corps avec les autres, et qu'il attirait à la fois le calcul saisi, la masse des calculs et la vessie elle-même. Songeant alors à briser dans la vessie même les portions saillantes de cette masse calculeuse, il parvint, après avoir luxé successivement quatre tenettes sans succès, à briser un calcul dont un fragment, gros comme une noisette, fut amené au dehors. Il chargea alors les calculs en masse, à l'aide d'une grande paire de tenettes, en manière de forceps, et finit, après des efforts de pression graduée, par opérer leur disjonction. Le doigt indicateur, porté alors dans la vessie pour servir de guide aux tenettes, les calculs furent successivement chargés; mais l'extraction des deux premiers calculs exigea de tels efforts, qu'on dut croire un instant à la nécessité de recourir à une troisième incision pour en faciliter la sortie. Les trois calculs suivants furent chargés et extraits sans difficultés.

En chargeant le sixième calcul, M. Defer reconnut qu'il attirait avec, la vessie, à laquelle il adhérait, ainsi qu'à un autre calcul. Ces adhérences ayant été détruites, les deux calculs furent disjoints par une forte compression, et retirés successivement avec assez de facilité. Reportant de nouveau le doigt indicateur dans la vessie, l'opérateur ne fut pas peu étonné de trouver deux autres calculs, logés à sa partie supérieure, dont il fallut encore opérer l'extraction, après avoir préalablement détruit les adhérences qui les unissaient entre eux et avec le réservoir urinaire. En somme, la vessie venait d'être débarrassée de neuf calculs. On put reconnaître alors à sa surface interne des anfractuosités, de véritables cellules, séparées les unes des autres par des éminences comme mamelonnées.

Les neuf calculs avaient à peu près tous les mêmes dimensions, le même volume et le même poids; ils offraient tous plusieurs facettes articulaires. Leur poids total était de 256 grammes. L'issue de cette grave opération fut des plus heureuses. Aucun des accidents qu'il y avait lieu de redouter après une aussi laborieuse opération, n'eut lieu, et la malade sortit de l'hôpital trente-six jours après, retenant son urine pendant trois quarts d'heure et même pendant une heure.

A part les particularités intéressantes et instructives que renferme ce fait, il soulève une question im-

portante d'indication et de méthode opératoire. Nul doute que l'opérateur n'ait fait preuve de prudence et de sagacité en rejetant tout d'abord la lithotritie, dont l'exécution eût été évidemment impossible dans ce cas-ci. Mais, a-t-il été aussi heureux dans le choix qu'il a fait entre les diverses méthodes lithotomiques dont il avait à balancer les avantages? Si le succès devait toujours justifier l'entreprise, il n'y aurait, à coup sûr, que des éloges à lui faire. Mais ici la question de principe domine le fait particulier, et quand on songe aux difficultés excessives que l'opérateur a rencontrées et qu'il a vaincues d'ailleurs avec tant de bonheur, si l'on tient compte surtout des infirmités qui doivent presque inévitablement être la suite d'une semblable opération chez une femme, on est tout naturellement porté à se demander pourquoi il n'a point eu recours, dans cette circonstance, à la taille hypogastrique, que presque tous les auteurs s'accordent à regarder comme l'opération de règle chez la femme. Nous croyons devoir nous ranger, à cet égard, à l'opinion et aux principes formulés à cette occasion par le rapporteur, M. Golfres: savoir que, dans des cas analogues à celui qu'a eus à traiter M. Defer, la méthode rationnellement indiquée est la taille hypogastrique. (*Gaz. médicale de Strasbourg*, septembre 1847.)

LUXATION. *De l'extrémité externe de la clavicule au-dessous de l'apophyse coracoïde*. Tous les auteurs ont nié longtemps la possibilité de la luxation de l'extrémité humérale de la clavicule en bas, c'est-à-dire au-dessous de l'apophyse coracoïde. Il a fallu une série de faits bien observés pour faire admettre non-seulement la possibilité, mais la réalité de ce genre de luxation. Le premier fait de luxation de cette espèce a été recueilli par M. le docteur Godemer en 1843. Témoin, depuis, de nouveaux faits qui n'ont plus laissé de doute à cet égard, M. Godemer en a fait l'objet d'un Mémoire, dans lequel il a tracé le premier les caractères de cette luxation et les indications de son traitement. — Cette espèce de luxation, dit M. Godemer, ne se rencontre que chez les personnes âgées, ou chez les personnes éminemment lymphatiques. Il faut que le tissu fibreux et musculeux ait perdu de son élasticité, ou que ces mêmes tissus, organisés dans des conditions particulières, manquent de ton et d'énergie pour que ces luxations soient possibles. Comme dans les luxations en haut de l'extrémité humérale de la clavicule, cette dernière se porte de bas en haut sur la facette de l'acromion; de même, dans les luxations en bas, l'extrémité humérale de la clavicule se porte de haut en bas et un peu de dehors en dedans. Une chute sur le moignon de l'épaule en est la cause efficiente; l'épaule est renversée en arrière par un choc violent imprimé à l'omoplate en avant; la clavicule, entraînée dans le même mouvement, est retenue par les premières côtes et les ligaments qui s'unissent à l'omoplate. Ce premier temps de la luxation une fois opéré, le choc poussant l'épaule en dehors, la clavicule, devenue libre alors, passe au-devant de l'apophyse coracoïde et se place devant les tendons qui s'y insèrent. C'est ainsi que les choses se sont passées dans les cinq cas observés par M. Godemer.

Pour réduire cette luxation, il faut dégager l'extrémité scapulaire de la clavicule et ramener cet os en contact immédiat avec l'acromion. Pour arriver à ce but, il faut porter fortement l'épaule en arrière et en dehors; en même temps il faut soulever la clavicule pour lui faire franchir l'apophyse coracoïde. Cette manœuvre exige un aide qui, avec une serviette placée sur le thorax, fixe le blessé; un second aide porte fortement l'épaule en arrière et en dehors. Le chirurgien soulève avec les doigts la clavicule pour lui faire franchir l'apophyse coracoïde. La réduction obtenue, on applique l'appareil de Desault pour la clavicule. La durée du traitement a été de cinquante-huit à soixante-douze jours.

Lorsque la réduction ne peut avoir lieu de suite après l'accident, à cause de l'obstacle qui résulte du gonflement de l'articulation et des contusions, on combat cette complication par la saignée générale et de vastes cataplasmes émollients appliqués sur l'épaule, que l'on renouvelle toutes les six heures. Quarante-huit heures de ce traitement ont toujours suffi, dit M. Godemer, pour arriver à la réduction. La réduction une fois obtenue, l'application du bandage doit se faire de suite, de manière à main-

tenir l'extremité externe de la clavicule sur la facette de l'acromion, qu'elle a la plus grande tendance à abandonner. Quand cette application ne peut avoir lieu de suite, il faut que le chirurgien surveille constamment la luxation jusqu'à l'application du bandage, qui, à raison de l'extrême facilité avec laquelle il se dérange, doit être renouvelé pendant le cours du traitement. (*Rev. médico-chirurg.*, septembre 1847.)

MALADIE DES POMMES DE TERRE (*Procédé efficace contre la*). L'importance hygiénique et économique de tout ce qui se rattache à la culture de la pomme de terre nous fait un devoir d'appeler l'attention de ceux de nos lecteurs qui se trouvent à même d'utiliser à cet égard nos conseils, sur un procédé de conservation de ce tubercule, imaginé par M. le docteur Janger. Ce procédé consiste à saupoudrer légèrement les tubercules, au moment de les emmagasiner, avec du gypse brûlé (sulfate de chaux privé de son eau de cristallisation par le feu). Il convient de faire le saupoudrage aussi exactement que possible, de manière que tous les tubercules soient atteints par le gypse; la dose ordinaire de la poudre est de deux à cinq litres par hectolitre de pommes de terre; cette dose devra être un peu plus forte si un grand nombre de tubercules sont malades ou si ceux-ci contiennent une grande proportion d'eau de végétation. L'efficacité de ce procédé est fondée sur la grande puissance que possède le gypse brûlé d'absorber l'eau. Ce sel, mis en contact avec la pomme de terre, lui enlève une partie de son eau de végétation. Cette eau, contenue en excès dans les tubercules non arrivés à maturité complète par l'influence de la maladie, devient la principale cause de leur altération; le gypse enlève cet excès d'eau, et, de plus, par un effet astringent, condense le tissu de la pomme de terre; c'est par cette action combinée que le gypse contribue à préserver le tubercule de la décomposition putride. Ce procédé, peu dispendieux, et facile à appliquer à de grandes masses, a déjà reçu la sanction de l'expérience. Il a été appliqué l'an dernier à des pommes de terre malades, et le résultat a été le suivant : Les tubercules sains au moment de la récolte sont restés intacts : sur ceux qui portaient des traces de la maladie, la partie altérée s'est desséchée, et le reste du tubercule a été garanti de toute pourriture. (*Glaneur du Haut-Rhin*, et *Union médicale*, octobre 1847.)

NAISSANCES (*Influence des périodes du jour sur les*). M. le docteur Casper, professeur de l'Université de Berlin, a entrepris une série de recherches statistiques, dans le but de déterminer l'influence des périodes du jour sur les naissances et les décès. Les résultats auxquels il est parvenu pour les naissances, rapprochés de ceux qu'avaient déjà obtenus à l'aide d'un semblable travail, MM. Quételet, Buck et Ranken, donnent un total général dont le chiffre, s'élevant à 5,310 naissances observées dans des lieux et dans des temps différents, doit être considéré comme un élément important pour la solution de cette question. Le tableau suivant permet d'embrasser d'un seul coup d'œil à la fois les résultats généraux et spéciaux de ces diverses statistiques et la proportionnelle sur 1,000 de ces naissances :

De 12 à 6 h. du matin..	296	sur 1,000
De 6 à 12 h. — ...	232	
De 12 à 6 h. après-midi..	215	
De 6 à 12 h. —	257	

Autrement dit, le plus grand nombre des naissances a lieu après minuit, ensuite dans les heures qui précèdent minuit, en troisième lieu, dans la période avant midi, et enfin après midi.

Toutes les recherches de M. Casper, pour savoir si la cause de ces différences tenait au sexe de l'enfant, à son état de santé ou de maladie, à son développement complet ou incomplet, à la primiparité, à l'accouchement naturel ou artificiel, ont été négatives; de sorte que l'influence de la révolution solaire est la seule qui puisse, jusqu'à présent, donner raison de ce problème. Mais les résultats fournis par la détermination des heures où ont eu lieu les naissances, c'est-à-dire la séparation *complète* de l'enfant, pour avoir quelque valeur, devaient être constatés par la détermination des périodes du jour où commence le travail. C'est ce qu'a fait M. Casper. Voici, à cet égard, les résultats qu'il a constatés : les douleurs de l'accouchement commencent, le plus souvent, entre minuit et trois heures du matin, et le moins souvent de six à neuf heures du ma-

tin. L'influence de la nuit est bien plus marquée sur le commencement du travail que sur l'époque de la délivrance complète. Terme moyen, le travail de l'accouchement est d'autant plus prolongé, que les douleurs ont commencé la nuit. M. Casper est arrivé, en outre, à constater ce double fait curieux, d'une part que toutes les fois que le travail commence le jour, il y a beaucoup plus de chances pour que l'enfant appartienne au sexe masculin; tandis que, si les douleurs commencent la nuit, il y a plus de probabilité en faveur de la naissance d'enfant du sexe féminin; d'autre part, que l'excédant des naissances de nuit sur les naissances de jour est bien plus considérable pour les enfants mort-nés que pour les enfants vivants.

Ces documents confirment, pour la plupart, les notions vagues et fondées sur des faits isolés que l'on possédait jusqu'alors dans la science. On ne peut leur refuser un véritable intérêt physiologique, à défaut d'utilité immédiatement pratique; et, sous ce dernier point de vue, elles ne sont pas sans valeur; car les accoucheurs y trouveront des données probables, à la fois sur le sexe de l'enfant et sur la durée du travail. (*Union médicale*, octobre 1847.)

NÉVRALGIE CRURALE *causée par une hernie inguinale.* Les hernies crurales s'accompagnent quelquefois, comme on le sait, de douleurs névralgiques le long du trajet du nerf crural; mais il est beaucoup plus rare de voir de semblables névralgies déterminées par les hernies inguinales. M. Malgaigne assure même n'avoir jamais rencontré cette complication, bien qu'il ait vu, comme on le sait, un nombre considérable de hernies de toute sorte. Cependant M. le docteur Melchiori rapporte, dans la *Gazetta medica di Milano*, deux cas de névralgie crurale causée par une hernie inguinale, à l'égard desquels les détails des observations ne permettent guère le doute. Dans la première de ces observations il s'agit d'un homme âgé de cinquante-quatre ans, chez lequel il se développa, à l'aine gauche, une tumeur du volume d'un œuf, disparaissant dans le décubitus. Quelque temps après l'apparition de cette hernie, le malade commença à ressentir des douleurs au cordon spermatique, à l'aine et à la partie antérieure et interne de la cuisse; ces douleurs descendaient jusque dans le dos du pied, le long de la grande saphène, qui était variqueuse; elles étaient continuelles pendant le jour, et s'exaspéraient quand le malade avait des quintes de toux, ou faisait un effort quelconque; quand la nuit venait, et que le malade restait couché, les douleurs étaient très-légères. L'application d'un bandage contentif élastique, en maintenant la hernie constamment réduite, suffit pour faire cesser complétement ces douleurs. Le second cas est relatif à un homme âgé de quarante ans, qui avait vu se former une hernie à l'aine gauche, en faisant des efforts considérables pour soulever un poids. Le lendemain, il ressentit une douleur à l'aine gauche et à la cuisse du même côté, jusqu'au gros doigt du pied, à la partie interne de la cuisse et de la jambe. Les douleurs augmentaient, comme dans le cas précédent, pendant les efforts de toux, et se calmaient lorsque la hernie venait à rentrer. L'application du bandage eut un résultat tout aussi heureux. Les douleurs cessèrent du moment où la hernie fut maintenue réduite. Voici de quelle manière M. Melchiori explique ces irradiations névralgiques exceptionnelles. On se rend compte, dit-il, de la douleur qui se fait sentir dans ces parties éloignées de l'organe malade, quand on sait que ces parties reçoivent des branches des troncs nerveux qui se distribuent à l'organe affecté, lesquels troncs nerveux prennent leur origine dans le plexus lombaire. Les nerf inguinaux, le honteux externe ou genito-crural, qui se distribuent au canal inguinal, au cordon spermatique et au testicule, envoient également des filets aux autres régions où se manifeste la douleur. Ceux-ci ont une origine commune avec le nerf crural, et, en outre, ils s'anastomosent encore avec quelques-uns des filaments de ce nerf. Quoi qu'il en soit de cette explication et de la rareté du fait en lui-même, il suffit qu'il puisse se reproduire pour que nous devions signaler à l'attention des praticiens l'indication si simple et si facile qui devrait, en un cas pareil, se présenter à leur souvenir. (*Rev. médico-chirurg. de Paris*, septembre 1847.)

NÉVRALGIES (*Traitement des*) *par la cautérisation transcurrente.*

L'emploi du cautère actuel dans le traitement des névralgies remonte à la plus haute antiquité; ce n'est donc pas comme moyen nouveau que nous le signalons en ce moment à l'attention de nos lecteurs, mais comme un moyen retiré de l'oubli auquel l'avait condamné l'appréhension de la douleur, et régénéré, grâce à l'innocuité qu'il emprunte aux inhalations d'éther. Les motifs qui avaient jusqu'ici fait préférer les vésicatoires au cautère actuel n'existant plus, du moins au même degré, par le fait des propriétés anesthésiques de l'éther, M. Valleix a pensé qu'on pourrait remettre en usage ce moyen d'une efficacité éprouvée. Voici, d'après les observations recueillies dans son service par M. Notta, interne des hôpitaux, quels ont été les effets de la cautérisation transcurrente sur les malades qui y ont été soumis pour l'affection dont il s'agit.

Le plus remarquable des effets de la cautérisation a été, sans contredit, la rapidité avec laquelle les malades ont éprouvé un soulagement notable. Cinq ou six heures après, quelques-uns pouvaient exécuter des mouvements auparavant impossibles: tous dormaient mieux pendant la nuit suivante. Les élancements disparaissaient d'abord en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Quant aux douleurs déterminées par les mouvements et par la pression, il était assez difficile de constater leur disparition avant que la raie de feu cessât d'être douloureuse, beaucoup de malades confondant les deux espèces de douleurs. Cependant, en les interrogeant avec soin, en étudiant chaque jour les nouveaux mouvements qu'ils pouvaient faire, M. Notta a trouvé que, dans huit cas de sciatique, ces deux sortes de douleurs se dissipaient peu à peu dans un temps qui variait entre deux et quatre jours; dans cinq cas, dont deux sciatiques, deux névralgies intercostales et une névralgie trifaciale, il n'y avait plus de douleur au bout de vingt-quatre heures. Dans quelques cas, les douleurs ont persisté dans un ou plusieurs points du nerf. Il a fallu alors revenir à une nouvelle cautérisation sur ces points.

Quant au résultat définitif du traitement, voici ce qu'a noté l'auteur de ces observations. Sur treize malades qui ont été soumis à ce traitement, dix ont été parfaitement guéris. Sur ces dix, sept avaient une névralgie sciatique, deux une névralgie intercostale, un une névralgie trifaciale. Deux ont été notablement soulagés. Enfin, un seul n'a pas eu de soulagement. Ces trois derniers avaient chacun une sciatique. Le nombre des raies de feu employées à chaque cautérisation était peu considérable : trois à quatre pour une névralgie de six à sept nerfs intercostaux, une à deux au plus pour une névralgie sciatique. Voici de quelle manière l'application en a été faite : le malade placé dans une position convenable et soumis aux inhalations éthérées, on trace rapidement avec le cautère cutellaire rougi à blanc, sur le trajet du nerf, une ou plusieurs raies, suivant l'indication. Lorsque la cautérisation demande une grande précision, comme à la face, il est bon de tracer à l'encre la ligne que doit parcourir le fer rouge, de manière à éviter toute hésitation au moment de l'appliquer. Dès que la cautérisation est achevée, on applique des compresses imbibées d'eau fraîche sur le trajet de la raie de feu. La cautérisation doit toujours être superficielle; une cautérisation profonde, outre qu'elle dépasserait le but qu'on se propose et qui est de produire une irritation superficielle, vive et instantanée, aurait l'inconvénient de déterminer des ulcérations et une suppuration qu'il faut éviter. Pour éviter que la cautérisation ne devienne le point de départ d'érysipèles (bien que cette complication paraisse rare, à en juger par les faits observés par M. Notta, et au nombre desquels l'érysipèle ne s'est rencontré qu'une fois), il faut, quand on applique plusieurs raies parallèles, mettre entre elles une distance au moins de deux travers de doigt. Inutile d'ajouter qu'elles ne doivent jamais s'entrecroiser. Les raies de feu doivent être appliquées sur le trajet du nerf et dans toute l'étendue où il présente des points douloureux. Il n'est pas nécessaire que le cautère passe par tous les foyers de douleur; mais il faut, autant que possible, qu'il passe par le plus grand nombre et par les plus douloureux. En résumé, les avantages que M. Valleix attribue à la cautérisation transcurrente sont les suivants : application moins souvent répétée, puisque, dans un peu plus des deux tiers des cas, une seule a suffi; douleur annihilée par l'éthérisation, et par conséquent moindre que celle du vési-

catoire; efficacité plus grande, puisque des névralgies, qui avaient résisté au vésicatoire, ont été enlevées par le cautère actuel; enfin, guérison plus rapide. (*Union médicale*, octobre 1847.)

PESTE ET FIÈVRE TYPHOIDE. *Caractères différentiels.* On peut, au premier abord, n'être pas très-frappé de l'utilité d'un parallèle entre les caractères de la peste et ceux de la fièvre typhoïde, surtout si l'on s'en rapporte aux descriptions générales des auteurs, d'après lesquelles il semblerait qu'il ne dût pas y avoir de confusion possible entre ces deux maladies. Sans doute, cette confusion n'est pas possible si l'on prend d'une part les caractères les plus saillants d'une épidémie de peste, et qu'on les compare avec les caractères les plus communs de notre fièvre typhoïde; mais il n'en est plus de même pour certains cas particuliers. La preuve en est dans la dissidence qui s'éleva l'année dernière entre les médecins du lazaret de Marseille, au sujet de l'affection d'un matelot du *Louqsor*, qui fut qualifiée de peste par les uns, de fièvre typhoïde par les autres. Or, on conçoit combien il importe, pour l'observation rigoureuse des mesures sanitaires en vigueur et pour la sécurité publique, que de pareilles erreurs puissent être évitées. Voici, d'après un tableau dressé à cette occasion par M. Prus, dans un rapport lu à l'Académie de médecine, les différences caractéristiques les plus saillantes que présentent ces deux affections :

Dans la fièvre typhoïde il y a des prodromes, il n'y en a point dans la peste; dans la fièvre typhoïde il y a de la diarrhée, il n'y en a point dans la peste; dans la fièvre typhoïde il y a des taches lenticulaires, il n'y en a point dans la peste; dans la fièvre typhoïde il y a du météorisme et du gargouillement dans la fosse iliaque droite, il n'y en a point dans la peste.

Dans la peste il y a des bubons, les bubons sont très-rares et tout à fait exceptionnels dans la fièvre typhoïde; dans la peste il y a des pétéchies, elles sont rares dans la fièvre typhoïde; dans la peste il y a engorgement des ganglions lymphatiques dans tout le corps, ecchymoses dans le péricarde, dans les plèvres, etc.; dans la fièvre typhoïde, engorgement des ganglions mésentériques seulement, accidentellement dans les autres parties, éruption et ulcération intestinales.

RÉSECTION *d'une partie du cartilage de la cloison du nez.* Un jeune homme portait depuis sa jeunesse une déviation de la partie inférieure du cartilage du nez, qui, trop longue, formait une tumeur saillante dans la narine droite et occasionnait des douleurs par le frottement du mouchoir. Le docteur Heylen obvia à cette difformité assez rare par la résection de la partie saillante de la cloison. Une incision fut faite sur le côté du cartilage, permit de disséquer des deux côtés la muqueuse et d'emporter le surplus du cartilage à l'aide de forts ciseaux Un petit bout de sonde introduit dans la narine servit à faire disparaître la déviation. Nous avons été témoin, il y a peu de jours, d'une opération faite par M. Blandin dans un cas assez semblable. La déviation de la cloison était assez considérable pour boucher complétement l'une des narines et donner à la voix un timbre nasillard très-désagréable. Cette affection, bien que peu importante par elle-même, en acquiert par la position de ce jeune homme, avocat de grande espérance; sa carrière était enrayée par cette infirmité. Si, comme tout le fait espérer, le traitement ingénieux, appliqué par l'habile chirurgien, réussit, nous lui consacrerons un article spécial.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'INTESTIN RECTUM (*Nouvelle méthode opératoire pour la cure du*). Parmi les moyens usités pour combattre les rétrécissements du rectum, les uns sont d'une parfaite innocuité, mais malheureusement aussi le plus souvent insuffisants; les autres, plus actifs, tels que l'incision et l'excision, sont loin d'être dépourvus de dangers. En présence de l'embarras qui surgit d'une pareille alternative, M. J. Benoît a eu l'idée de recourir à un moyen qui pût détruire l'obstacle sans péril, en créant d'avance et tout autour de la solution de continuité qu'il détermine, des adhérences mettant une barrière infranchissable entre l'intérieur de l'intestin et la cavité séreuse contiguë. Il croit avoir atteint ce but à l'aide d'un procédé qui opère la *mortification par compression*. L'appareil à l'aide duquel M. Benoît se propose d'obtenir ce résultat, rappelle l'entérotome de Dupuytren,

tout comme le procédé lui-même est en quelque sorte une application de l'opération imaginée par ce grand chirurgien pour diviser l'éperon qui met obstacle au cours des matières dans l'anus anormal, suite de hernie étranglée. Cet appareil consiste en une sorte de pince à deux branches isolées et courbées à leur extrémité comme les mors d'un lithotriteur. On en introduit d'abord une, de manière à lui faire dépasser le point retréci, puis on passe la seconde; et en les rapprochant ensuite graduellement au moyen d'une vis, la portion des parois rectales formant l'obstacle se trouve prise, serrée, et enfin mortifiée et éliminée, si l'instrument a été laissé en place un temps suffisant. M. Benoît a imaginé une modification importante pour les cas où la stricture intestinale siége à une hauteur un peu considérable. Alors une branche profonde de l'instrument n'est plus rigide dans toute son étendue; elle porte au point de jonction de sa partie longitudinale avec sa partie transversale une articulation qui lui permet d'être droite au moment où l'on veut l'introduire au delà du rétrécissement. Puis, celui-ci une fois dépassé, la vis de rappel, qui donne le moyen de faire jouer les deux parties l'une sur l'autre, sert à reproduire la configuration en coude nécessaire pour le reste de la manœuvre. L'instrument doit rester quelques jours en place avant de produire son effet; aussi ne faudrait-il pas attendre pour le placer que le mal soit à son dernier terme. Ce moyen n'a pas encore été mis en pratique sur le vivant pour la coarctation du rectum; l'auteur l'a seulement employé avec succès chez une femme qui portait un rétrécissement du vagin dont l'incision multiple, même secondée par la dilatation, n'avait pu triompher. Enfin cette opération paraît devoir offrir aussi des avantages pour l'ablation des polypes du rectum et de quelques-uns de ceux des fosses nasales. Nous ne terminerons pas sans ajouter que ce procédé ne serait applicable qu'aux strictures valvulaires ou semi-valvulaires, et qu'il serait certainement impuissant contre les rétrécissements résultant d'hypertrophie ou d'induration de la paroi de l'intestin dans une certaine étendue, ce que reconnaît d'ailleurs l'auteur lui-même. (*Journ. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier.*)

UTÉRUS (*Exemple d'abaissement de l'*) *chez une jeune fille.* L'histoire des abaissements contient peu de faits semblables à celui que M. Bouchacourt vient de rapporter à la Société de médecine de Lyon. Une jeune fille de dix-sept ans, non réglée, se présente à la consultation de ce chirurgien. Elle raconte que quelque temps auparavant, en faisant un effort pour soulever un fardeau, elle sentit un craquement dans la région hypogastrique, et qu'une tumeur ne tarda pas à faire saillie à la vulve. A l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu, M. Bouchacourt constata un prolapsus complet de l'utérus: le vagin est renversé et laisse à découvert le col de l'utérus légèrement tuméfié; la muqueuse, depuis longtemps en contact avec l'air, a perdu sa teinte rosée, et s'est recouverte d'une sorte d'épiderme, à peine sensible au toucher. Quand la malade était couchée, elle n'éprouvait aucune sensation pénible; mais la marche était douloureuse et pénible. Après quelques jours de repos et quelques bains, M. Bouchacourt procéda a la réduction, qui se fit assez facilement. Les parties saillantes ayant été convenablement huilées, notre confrère, à l'aide des trois doigts de la main droite réunis en cône, repoussa, en haut et en arrière, la partie saillante du col utérin, qui, dès qu'il eût franchi l'anneau vulvaire, entraîna le vagin avec lui; tout rentra en place et fut maintenu à l'aide d'un pessaire. (*Journ de méd. de Lyon*, sept. 1847).

VARIÉTÉS.

Une circulaire nouvelle vient d'être adressée au corps médical par la *Commission permanente du Congrès médical de France.* Elle a pour but d'engager tous nos confrères à se réunir dans chaque arrondissement pour organiser une démarche à faire auprès du député de l'arrondissement, afin

de lui faire connaître les vœux du Congrès, et de l'intéresser à la défense de ces vœux.

Cette démarche, si elle est généralement faite, nous paraît d'une grande importance. Il est bien à désirer que le corps médical comprenne qu'il tient entre ses mains ses destinées futures, et qu'un grand et suprême effort de sa part est de la plus haute urgence. Déjà plusieurs arrondissements ont répondu à l'appel de la Commission permanente, qui, dans cette circonstance, comme dans toutes celles que nous avons traversées, s'est montrée digne de la confiance qui lui a été accordée, et toujours empressée de prendre une noble et généreuse initiative.

L'Association médicale de l'arrondissement de Corbeil s'est réunie le 8 de ce mois, conformément à la dernière circulaire de la Commission permanente, pour arrêter les bases d'une lettre qui doit être portée au député de l'arrondissement. La réunion était fort nombreuse; elle a été suivie d'un banquet auquel ont été invités MM. Serres, Amédée Latour, Villeneuve, Malgaigne, Vée et Hamont. Plusieurs toasts ont été portés, de nobles paroles se sont fait entendre, et cette fête a été animée par la cordialité la plus franche.

Les besoins de la famille médicale sont partout les mêmes, partout elle aspire vers un avenir meilleur. Partout aussi règne, à cette heure, une agitation vive, dont l'impulsion est partie de France. Un Congrès médical s'organise en Belgique. Une première réunion de délégués a eu lieu à Bruxelles le 1er octobre dernier, et une commission d'organisation a été nommée.—En Espagne, le corps médical se constitue aussi sous le nom de *Confédération médicale*, et ses premiers travaux annoncent une organisation forte et qui sera durable.— Dans les États-Unis un Congrès médical s'est constitué, qui a eu déjà deux sessions. Ce Congrès se réunit tantôt dans une ville, tantôt dans une autre, et le nombre des adhérents augmente tous les jours.— Chez nous, l'Association médicale, cette institution si sage et qui serait si utile aussi bien aux populations qu'à la famille médicale, est entravée par les appréhensions du gouvernement. Espérons qu'il manifestera prochainement des intentions plus favorables, et que la France, après avoir donné l'impulsion au monde médical, ne sera pas privée plus longtemps d'une institution dont tous nos voisins reconnaissent l'importance et l'utilité.

La liste des concurrents pour les deux chaires vacantes dans les Facultés de Paris et de Montpellier est close. Sont inscrits, à Paris: MM. Laugier, Robert, Michon, Hugier, Chassaignac, Nélaton Marchal (de Calvi), Vidal (de Cassis), Philippe Boyer, Alquié, Malgaigne, Maisonneuve, Alph. Sanson, à Montpellier. — MM. Chrestien, Fuster, Barthez, Quissac, Dupré, Lassalvy, Jaumes, Boileau de Castelneau et Alph. Sanson. Le nom de M. Sanson, inscrit sur les deux listes, prouve la justesse des réflexions émises par la *Gazette médicale* de Montpellier sur les inconvénients de la simultanéité de ces deux concours.

Les juges du concours pour la chaire de clinique médicale vacante à Montpellier, sont, parmi les professeurs, MM. Lordat, Rech, Risueno-y-Amador, Caizergues, Gollin, Serres et Boyer; parmi les praticiens de la ville: MM. Bertrand et Barre. C'est la première fois que M. le ministre de l'instruction publique adopte pour les concours de la Faculté de Montpellier le principe de l'adjonction de juges en dehors des professeurs.

Le concours pour les places d'interne dans les hôpitaux de Paris commencera le 8 novembre, à midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration. Les juges sont MM. Blache, Moreau, Fauvel, Mance, Thévenot de Saint-Blaise, titulaires; MM. Behier et Monod, suppléants.

L'Académie des sciences de Toulouse a proposé pour sujet de prix, la question suivante : « Exposer d'après l'état actuel de la science, 1° la nature et le véritable siége de la maladie, comme sous le nom de colique saturnine; 2° les signes qui peuvent la faire distinguer des affections abdo-

minales qui ont avec elle quelque ressemblance; 3° les indications curatives qu'elle présente et la médication la plus rationnelle pour les remplir. » Le prix est une médaille d'or de 500 francs. Les Mémoires devront être adressés dans les formes académiques à M. le docteur Ducasse, secrétaire perpétuel, avant le 1er avril 1849.

On annonce que deux inspecteurs généraux du service médical vont partir pour la côte occidentale d'Afrique, où la santé des équipages de notre escadre donne quelques inquiétudes, afin d'étudier la situation des choses, et de faire au ministre un rapport sur ce sujet.

M. le ministre du commerce vient de donner à trois médecins de Paris, MM. Beau, Monneret et Contour, la mission d'aller étudier la marche du choléra dans les pays où il sévit. Longtemps concentré dans les montagnes du Caucase, le fléau se serait étendu de l'est à l'ouest, jusqu'aux frontières de la Moldavie, de la Valachie et même de la Pologne. Cette marche rapide, et qui est celle qu'a suivie l'épidémie de 1831, semble avoir fait craindre à quelques-uns une invasion nouvelle du choléra épidémique en France. Mais rien ne semble justifier une semblable prévision, et le passage suivant d'une lettre reproduite par l'*Union médicale*, témoigne d'une affection plutôt sporadique qu'épidémique : « Trébizonde a payé cher sa fertilité, sa verdure de paradis terrestre et son abondance de fruits. C'est cette abondance qui a favorisé le fléau. Cette prodigieuse quantité de melons, pêches, raisins, figues, pastèques, qui forment le fond de la nourriture quotidienne de la classe pauvre en Turquie, généralement frugale, a produit de mortelles dyssenteries. » Ces pays éprouvent à leur tour le résultat de fâcheuses influences, et ce sera assez pour nos contrées d'avoir eu à subir les épidémies de typhus et de scorbut, qui ont sévi sur les parties de l'Europe dans lesquelles la disette de l'hiver dernier s'est fait le plus particulièrement sentir.

Voici de sages mesures qui ne peuvent manquer d'avoir une influence heureuse sur le bien-être de tous les pays soumis à la domination turque. Il y a peu de temps encore, que le premier venu pouvait s'établir droguiste ou vendre des médicaments en Turquie sans avoir fait aucune étude spéciale. Cette profession se transmettait le plus souvent du père au fils, sans que celui-ci possédât d'autres connaissances que celles qu'il pouvait avoir acquises dans la boutique de son père. Considérant qu'il serait injuste de priver tous ceux qui exercent actuellement cette profession, du privilége que leur a laissé prendre la faiblesse du gouvernement, le ministre de l'intérieur vient de décider que tous ceux aujourd'hui en exercice pourront continuer à tenir leur boutique ouverte, mais qu'à l'avenir personne ne pourra vendre de médicaments sans avoir témoigné d'études spéciales et reçu un diplôme.

La ressemblance, comme celle qui existe entre l'arsenic et le sel blanc, la farine, la fecule, outre les facilités qu'elle offre au crime, peut être la cause des méprises les plus funestes; aussi le Conseil de salubrité vient de proposer, pour la petite quantité d'arsenic que peuvent employer les usages domestiques, de le mêler à du bleu de Prusse pour qu'il ne puisse tromper les yeux, et à de la noix vomique pour qu'une affreuse amertume avertisse à l'instant le palais.

Il résulte des derniers imprimés sur la vaccine qu'il y a eu en France en 1844, 582,000 vaccinations pour 924,000 naissances; 8,812 personnes ont été atteintes de la petite-vérole, et dans ce nombre, 1,139 ont été défigurées et 1,175 sont mortes.

M. David (d'Angers), le célèbre sculpteur, vient de commencer l'esquisse de la statue de Bichat que le Congrès médical de France fait élever dans l'entre-colonnement de la Faculté de médecine.

La population de Paris s'est accrue, de 1841 à 1846, de 118,636 individus.

OBSÈQUES DE M. LE DOCTEUR MIQUEL.

Les obsèques de M. le docteur Miquel ont eu lieu lundi 22 novembre. M. Miquel avait voulu que son corps fût embaumé à Nice et transporté à Paris, où il devait reposer à côté de celui d'un de ses frères, mort il y a plus de vingt ans.

Un nombreux concours d'amis, de médecins, d'hommes du monde, s'étaient empressés de payer un dernier tribut à la mémoire de cet homme excellent, qui laisse des regrets si sincères. La Commission permanente du Congrès tout entière, ayant à sa tête son président, M. Serres ; des notabilités médicales; M. Léon Faucher, membre de la Chambre des députés ; une foule d'autres personnes attristées étaient venus joindre leur deuil à celui de la famille, conduite par M. I. Miquel, avocat, frère du défunt.

Après la cérémonie religieuse, faite à l'église Saint-Roch, le cortége s'est dirigé vers le cimetière du Père-Lachaise.

M. le docteur Amédée Latour, chargé par la famille à laquelle l'unissent les liens de la plus étroite amitié, de prendre la parole dans cette circonstance triste et solennelle, a été en outre l'interprète de la Commission permanente du Congrès, et de la presse médicale.

Nous extrayons les passages suivants de ce discours qui fait honneur au cœur et à l'esprit de cet honorable confrère.

« Miquel est né à Villefranche, chef-lieu d'arrondissement du département de la Haute-Garonne, en 1803. Sa famille appartenait à l'honorable bourgeoisie du pays. Son père était médecin, docteur de la Faculté de Montpellier, et exerça pendant près de quarante années la médecine rurale, cette rude et glorieuse profession, si mal connue, si mal récompensée, si digne cependant des hommages des populations et des gouvernements. Vers la fin de sa carrière, M. Miquel père, cédant aux instances de son fils, quitta l'exercice de la médecine des campagnes, et vint se fixer à Toulouse, où la confiance publique ne lui permit pas de goûter le repos qu'il y venait chercher; destinée singulière du médecin, pour lequel il n'est dans l'exercice de son art ni trêve ni relâche, qui ne peut aspirer à ces doux loisirs dont les autres classes de la société, dans les professions libérales, jouissent après de longs travaux.

« Sans faire violence aux goûts, aux inclinations de son fils, M. Miquel père dirigea ses jeunes idées vers l'étude de la médecine. Aussi, après avoir terminé avec distinction ses humanités au collége royal de Toulouse, Miquel partit pour Montpellier.

« Ses études médicales furent sérieuses et distinguées. Miquel noua, à Montpellier, les relations les plus honorables. Après avoir été l'élève

de prédilection des plus célèbres professeurs de cette École, il resta leur ami, et j'ose assurer que sa mort a dû vivement affliger à Montpellier un grand nombre de personnes qui furent ses maîtres ou ses condisciples. Miquel reçut le titre de docteur le 21 avril 1825. Sa thèse inaugurale a pour titre : *Essai physiologique et médical sur les calculs des voies urinaires*. Miquel quitta Montpellier pour venir à Paris, non sans conserver, pour l'École où il avait reçu son instruction médicale, les sentiments de la plus affectueuse reconnaissance.

« Un fait qui m'a souvent frappé, et que vous pouvez constater dans vos relations médicales, ce sont les sentiments de pieuse gratitude et comme de tendresse que ses anciens disciples portent à la Faculté de Montpellier. Tandis qu'ailleurs, une fois hors des bancs, les élèves se disséminent, ne conservent aucun lien, nuls rapports avec leurs maîtres ; qu'ils entrent dans l'isolement de la pratique, ou, selon leurs inclinations et leurs tendances, dans ce vaste et aride désert de l'individualisme scientifique ; heureux même si les anciens disciples ne deviennent pas les adversaires de leurs anciens maîtres ; ne conservant jamais ces souvenirs traditionnels d'École, ces affectueuses relations de professeur à élève, qui faisaient autrefois le charme, et, le dirai-je, la puissance des médecins qui nous ont précédés ; à Montpellier, au contraire, les élèves de cette Faculté sont remarquables par ces sentiments de respectueuse affection envers l'École qui les a nourris du pain de la science. Je n'ai jamais rencontré un de ses élèves qui ne fit montre de ces sentiments. Miquel n'a pas fait exception à cette règle générale.

« Miquel était à peine arrivé à Paris, qu'une circonstance heureuse le mit en rapport avec un des hommes qui ont porté le plus haut la gloire de la médecine française, qui ont jeté le plus vif éclat sur la Faculté de Paris, avec l'immortel auteur de la découverte de l'auscultation, avec Laënnec. Certes, c'est, à mon sens, le plus bel hommage que nous puissions rendre à la mémoire de Miquel, que de rappeler qu'il fut connu, aimé, apprécié par cet homme illustre ; que Laënnec voulut, pour ainsi dire, l'adjoindre à ses travaux, et qu'il le désigna pour son chef de clinique, à l'hôpital de la Charité. Le coup d'œil sûr et rapide de Laennec avait reconnu les précieuses ressources intellectuelles et morales de Miquel, son zèle, son activité, son amour du travail, son attachement au devoir, son jugement si sain, sa prudence et sa réserve. Peut-être aussi que Laënnec, dont les tendances évidemment vitalistes se trouvaient comme comprimées par les idées anatomiques si fort en vogue à cette époque, était dirigé, comme par un secret instinct, vers un des disciples de l'École de Montpellier, chez

lesquels le génie de Barthez reflète toujours un éclat plus ou moins vif.

« Mais déjà Laënnec était atteint de cette maladie terrible dont il avait lui-même éclairé le diagnostic. Le tubercule creusait sa poitrine ; bientôt, et quelques mois à peine depuis que notre ami avait été appelé auprès de lui, cette grande lumière de la médecine moderne s'éteignit. M. le professeur Cayol lui succéda, et c'est auprès de lui que Miquel termina ses deux années dans les fonctions de chef de clinique de la Faculté.

« A la fin de l'année 1828, Miquel quitta l'hôpital de la Charité pour entrer sérieusement dans la pratique médicale. Il possédait toutes les qualités nécessaires au succès : instruction complète, bon sens, prudence, activité, amour de sa profession, bienveillance du cœur, charité de l'âme qui font compatir aux douleurs des malades, qui pénètrent dans leur confiance, qui rendent l'espoir aux malheureux patients. Il possédait toutes les conditions qui font réussir : relations nombreuses et distinguées, affabilité et sûreté de caractère, tenue et régularité de conduite. Différents travaux publiés dans les divers Recueils de médecine avaient prouvé ce que son instruction avait de solide et de véritablement pratique : une Note sur la maladie qui a régné épidémiquement à Paris, en 1828, sous le nom d'acrodynie (Revue médicale, tome IV) ; De l'angine couenneuse et du croup (Gazette de Santé, 1829) ; Mémoire sur quelques maladies du cœur et des gros vaisseaux ; Sur une phlébite aiguë, guérie par le tartre stibié à haute dose ; Mort par rupture de l'artère splénique ; Tumeurs fibreuses contenant du pus dans le cœur des phthisiques (Nouv. bibliot. méd., tome VI ; Mémoire sur l'emploi de la salicine dans les fièvres intermittentes (Gazette médicale, tome I).

« Il avait été l'un des fondateurs et le secrétaire général d'une des Sociétés médicales les plus célèbres de la capitale, l'Athénée médical, dont les événements de 1830 firent cesser les réunions par la dispersion d'un grand nombre de ses membres.

« Cependant, tout en se livrant, avec l'activité et le zèle qu'il apportait en toutes choses, aux devoirs de sa profession, aux soins d'une clientèle qui augmentait tous les jours, Miquel nourrissait un projet qu'il étudia longtemps et qu'il réalisa enfin au mois de juillet 1831.

« Je veux parler de la fondation du *Bulletin général de Thérapeutique.*

« C'était déjà une idée heureuse et qui devait être féconde que le choix de ce titre. Pour comprendre tout ce qu'il avait de réellement attractif, il faut se reporter à l'époque où Miquel lança son journal dans le monde médical : nous venions d'assister à la chute éclatante d'un système dont le créateur, après avoir si vivement passionné les es-

prits, ne trouvait plus que de rares et indifférents auditeurs autour de la chaire fondée par lui dans la Faculté de médecine de Paris; auprès de cet homme célèbre tout était ruines ; ses dogmes avaient été battus en brèche par l'observation plus laborieuse et plus patiente des médecins anatomistes ; ses méthodes thérapeutiques étaient tombées sous les coups de l'expérience et de la discussion ; mais l'anatomie pathologique qui devait tuer les doctrines de *Broussais*, et qui les tua en effet, forte pour détruire, se trouva impuissante pour réédifier ; aussitôt qu'elle entrait dans le domaine de la véritable médecine, de la médecine pratique, elle montrait à nu ses hésitations, son embarras, sa nullité ; aussi le doute et sa compagne inévitable, l'inaction, tel était l'état des esprits et de l'art en 1831.

« C'est au milieu de ce doute général, de cet affaissement complet de notre science, que Miquel osa prêcher la foi, tenter de relever les esprits de cette compression impuissante et stérile. Comme l'avait dit Hippocrate aux premiers jours de notre science, notre ami s'empara de cette idée si simple et cependant si éclatante de lumière, et il répéta à la génération médicale de son temps que, par cela même qu'il y a des choses qui sont utiles et d'autres nuisibles, il existe un art qui consiste à les discerner ; que cet art est la thérapeutique, dont le but suprême est de guérir ou de soulager les malades. Rappeler les esprits à l'étude de cet art, consacrer un recueil aux faits, à l'observation, à l'expérience de la thérapeutique ; tel fut le but de Miquel. Son projet, qui répondait à un véritable besoin de la pratique médicale, fut accueilli avec une faveur extrême ; son journal reçut des adhésions nombreuses, et devint bientôt un des organes les plus importants de la presse médicale française.

« C'est que Miquel possédait des qualités précieuses dans un journaliste : le coup d'œil sûr et rapide qui fait discerner avec promptitude ce qui peut être agréable et utile au lecteur, un tact admirable pour apprécier les hommes et pour les utiliser selon leurs aptitudes, une fermeté inébranlable pour ne pas dévier de la ligne tracée, un soin extrême d'éloigner de ses publications toute polémique personnelle, toute question irritante, un admirable talent de savoir refuser sans blesser les amours-propres les plus susceptibles, d'éloigner de son journal les publications inutiles, oiseuses, de ménager toutes les vanités, de bien vivre avec les opinions les plus opposées et les hommes les plus hostiles entre eux ; de diriger ses collaborateurs vers un but toujours le même, d'être pour eux affable, bienveillant, encourageant, sans leur laisser prendre trop d'empire ; de leur donner une position honorable, sans laisser croire à aucun qu'il fût indispensable ; en un mot, rester maître absolu au

milieu des exigences nombreuses et diverses qui entourent le rédacteur en chef d'un journal; tel se montra Miquel dans cette direction intelligente, habile et heureuse, qu'il sut imprimer à son journal.

« C'est au milieu de ses succès comme journaliste, comme praticien ; c'est au moment de jouir de l'honorable aisance qu'il s'était acquise par son intelligence ; c'est après avoir reçu les distinctions les plus honorables, la croix de la Légion-d'Honneur, celle de Gustave-Wasa, le titre de membre d'un grand nombre de Sociétés savantes, nationales et étrangères ; c'est au sein du bonheur intérieur qu'il s'était donné en unissant son existence à celle d'une femme, exemple et modèle de toutes les vertus, qui l'avait rendu père de deux enfants ; c'est alors qu'il fut frappé de cette maladie cruelle qui l'a conduit au tombeau.

« Une émotion morale vive fut l'étincelle qui alluma cet incendie ; Miquel avait toutes les apparences d'une constitution robuste, et sa santé avait été jusque-là excellente ; ni les passions, ni les excès, n'avaient affaibli son tempérament, et cependant, dans l'été de 1841, au milieu de la santé la plus florissante, il fut pris tout à coup de phénomènes congestifs vers les poumons, qui alarmèrent ses amis ; ces accidents se dissipèrent, mais alors survint cette série de symptômes aussi variés que bizarres qui caractérisent l'*angine de poitrine*.

« Miquel avait une foi sincère en la thérapeutique, aussi lui demanda-t-il tous les secours qu'elle put lui offrir contre les angoisses terribles qu'il subissait. Or, il faut bien le reconnaître avec amertume, la nature de ce mal cruel nous est inconnu. .Exposer les traitements divers subis par notre ami, ce serait énumérer la plupart des ressources de notre art. Vains ont été tous les efforts, tous les dévouements, toutes les lumières. Malgré plusieurs voyages, soit aux Pyrénées, soit aux eaux de 'Allemagne, la santé de notre ami déclinait de jour en jour. Des souffrances atroces et devenues presque incessantes avaient profondément altéré son énergie. Lui, jusque-là ferme, courageux, résistant par la seule force de son moral à cette destruction lente, dont lui seul n'apercevait pas les progrès, offrait alors des moments d'affaissement et de découragement qui, pour ceux qui connaissaient la nature vigoureuse de cet esprit, étaient du plus fâcheux augure.

« Pendant six ans, Miquel a lutté contre les progrès de cette affreuse maladie. En 1845, au moment du Congrès médical, à l'organisation duquel, malgré ses vives souffrances, il prit la part la plus active et la plus dévouée, un rayon d'espoir vint ranimer son courage, car une amélioration sensible s'était manifestée ; quelques mois ne s'étaient pas écoulés, que de nouveaux accidents se manifestèrent, et l'état de sa santé devint de jour en jour plus alarmant. Au mois d'avri

dernier, après avoir échappé, contre toute espérance, à une crise terrible, il sentit lui-même le besoin de céder aux instances de ses amis qui, depuis plusieurs années, le suppliaient de s'éloigner de Paris et d'aller demander à des climats plus favorisés un soulagement à ses souffrances. Les circonstances le permettaient. Sa longue maladie l'avait averti qu'il devait se choisir un successeur : aussi, depuis un an il s'était associé pour la direction du *Bulletin de Thérapeutique*, son confrère et ami M. le docteur Debout. Rassuré par les qualités précieuses qu'il avait rencontrées dans celui auquel il allait confier le sort de son journal, il partit avec plus de sécurité et se dirigea sur Nice d'où il avait l'intention de pénétrer et de séjourner en Italie.

« Ce voyage et le séjour de Nice parurent d'abord lui être favorables ; mais bientôt des accidents redoutables reparurent de nouveau, et, après plusieurs mois de souffrances cruelles, supportées avec une résignation toute chrétienne, notre ami s'éteignit, le 9 octobre dernier, dans les bras de sa femme qui l'avait accompagné, de cet ange de dévouement et de piété conjugale que Dieu avait placé sur sa route pour adoucir ses douleurs.

« Ce n'est pas une vie éminente que celle de notre ami. Miquel n'a couru ni après le bruit, ni après les honneurs, ni après la gloire. S'il eût été poussé par le *stimulus* de l'ambition, il possédait toutes les facultés intellectuelles qui font réussir. Mais il était, avant tout, homme de sens, homme pratique. Il avait compris assez tôt que la petite somme de bonheur que Dieu accorde aux hommes, ce n'est ni dans les émotions de la vie publique, ni dans les attrayantes, mais si souvent décevantes jouissances de la célébrité qu'il faut la chercher. L'amour de la science, la pratique de toutes les vertus privées, les pieux devoirs de la famille, les douces et charmantes relations de l'amitié, la bienveillance, la bienfaisance, voilà ce qui plaisait surtout à notre ami, voilà ce qui lui méritait une carrière et plus longue et plus heureuse, voilà ce qui rendra sa mémoire toujours chère à tous ceux qui ont eu le bonheur de le connaître! »

Pour compléter cette esquisse biographique de Miquel et rendre un hommage plus digne à la haute intelligence et au rare savoir du fondateur du *Bulletin général de Thérapeutique*, nous donnerons en tête de notre prochain volume une appréciation des travaux de Miquel, du but qu'il s'était proposé et de la manière éclatante dont il était parvenu à l'atteindre et à fonder une publication destinée à continuer sa pensée même après sa mort.

Comme nous l'avons promis, un portrait accompagnera cette notice.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

PEUT-ON ADMINISTRER LE SULFATE DE QUININE PENDANT LA FIÈVRE ?

Cette question, qui paraît d'abord très-simple dans son énoncé, n'est cependant point complétement élucidée dans l'opinion de beaucoup de praticiens, grâce à l'empire du préjugé, de la routine et même des préventions systématiques. Donnons à cela quelques mots d'explication. De tout temps on a recommandé d'administrer le quinquina et le sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes, et le plus loin possible de l'accès prochain, soit pour en faciliter l'absorption et influer sur ce même accès, soit pour ne pas augmenter l'état d'irritation fébrile quand il existe. On ne saurait croire combien ce motif a servi de base à l'interprétation des indications de l'emploi du puissant médicament dont il s'agit.

En lisant Torti, Comparati, Verlhoff, Alibert et d'autres auteurs praticiens qui ont écrit sur les fièvres intermittentes, simples ou pernicieuses, c'est un précepte qu'ils recommandent souvent. En France, plus que partout ailleurs, on y resta fidèle, et cela pendant bien des années. On se serait fait un scrupule d'administrer la plus petite dose de quinquina pendant la pyrexie. Mais ce qui fortifia surtout cette crainte, ou plutôt le préjugé dont nous parlons, ce furent les idées, les principes et le triomphe momentané du physiologisme broussaisien ; l'expérience la plus positive, l'inexorable insistance des faits recueillis dans quelques parties de l'Europe, et notamment en Italie, les modifications que subit, au bout de peu d'années, ce même système de l'irritation, furent inutiles. Au reste, il en devait être ainsi, quand on établit la *gastro-entérite* comme le radical de presque toutes les maladies : quand on n'osait administrer ni un émétique, ni même le purgatif le plus innocent, de crainte de blesser le *sens délicat* de la muqueuse de l'estomac ; quand la base de toute thérapeutique consistait dans de l'eau gommée et des applications réitérées de sangsues ; lorsque l'on confondait les gastralgies qui sont si communes avec les gastrites qui sont si rares, il est évident qu'on ne devait oser recourir aux préparations du quinquina qu'avec une grande réserve. Quelques praticiens, réputés incendiaires, comme on disait alors, c'est-à-dire se refusant au servage de toute théorie exclusive, se hasardaient il est vrai, dans certains cas, à administrer le quinquina ; toutefois, ce n'était qu'après avoir fatigué 'économie des malades par la diète et des saignées ; encore leur témé-

rité n'allait-elle qu'à donner des doses assez minimes de sulfate de quinine, et jamais quand il y avait le plus petit degré de fièvre, tant l'irritation, ce monstre protée, avait effrayé les médecins par la puissante voix du fondateur de la doctrine dite physiologique.

Aujourd'hui même, bien que cette doctrine de funeste mémoire ait fait son temps, que ses principes n'entravent plus les vues des praticiens, il en est encore beaucoup qui hésitent à administrer le sulfate de quinine dans certains cas de fièvre où l'emploi de ce médicament est indiqué ; les mots d'irritation, de surexcitation gastrique, flottent encore dans leur imagination et les dirigent, presque à leur insu, dans les moyens auxquels ils ont recours. Il y a pourtant, dans cette manière d'agir, un danger manifeste. Ainsi, dans les cas de fièvre intermittente, à plus forte raison si elle a un caractère pernicieux, et des accès subintrants ou à courtes périodes, s'arrêtera-t-on dans l'administration du médicament, par la crainte chimérique de trop exciter l'estomac ; bien plus encore si la fièvre devient rémittente, pernicieuse, une des plus dangereuses, des plus perfides affections morbides, par la raison que son type ou caractère est difficile à saisir, ainsi que nous en avons fait la remarque précédemment (1) ? Et cependant, nous avons vu des praticiens, craignant un danger imminent, administrer avec succès le sulfate de quinine, et n'éprouvant aucun accident, retomber encore dans de nouvelles hésitations quand d'autres cas moins graves se présentaient, tant l'habitude a jeté de profondes racines; tant la fascination des idées systématiques est grande et puissante, même sur les esprits les plus éclairés !

Voyons, toutefois, si ces craintes sont fondées, en examinant le médicament en lui-même, puis les cas où on l'emploie ; enfin, rapportons quelques faits où nous l'avons administré pendant la période fébrile : l'irréfragable logique des résultats démontre toujours la vanité du principe.

Parce que le quinquina et toutes ses préparations, sans excepter le sulfate de quinine, est une substance amère au goût, sans être néanmoins styptique, on a été conduit à en faire un médicament d'abord tonique, puis excitant; induction fausse s'il en fut jamais. Dans la complète ignorance où nous sommes de l'action intime des médicaments sur l'organisme, nous ne pouvons nous en rapporter à ce sujet qu'à deux ordres de manifestations intérieures. Le premier, l'état des organes dans l'autopsie cadavérique ; le second, les symptômes morbides qui se déclarent plus ou moins immédiatement après l'emploi

(1) Voyez le *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXXI, p. 161.

du tonique. Dans le premier cas, nous ne pensons pas qu'on ait jamais vu la muqueuse gastrique, la muqueuse intestinale, ou tout autre organe, enflammé, irrité, ulcéré, après l'administration du sulfate de quinine, même à des doses très-élevées. Malgré les recherches les plus scrupuleuses faites à cet égard, surtout à l'époque où le physiologisme était en progrès, alors qu'on regardait les fièvres périodiques comme des gastrites intermittentes; bien plus, dans des expériences faites à ce sujet par un honorable confrère, sur des animaux, jamais nous n'avons trouvé des traces d'inflammation, d'érosion dans le tube intestinal. Le sulfate de quinine a un mode d'action sur l'organisme qui nous est inconnu; l'ayant jugé par ses effets, on a dit que c'était un *anti-périodique*, définition incomplète, parce qu'elle est *à posteriori*. Donné à hautes doses, comme on l'a fait dans ces derniers temps, soit pour combattre l'engorgement splénique qui survient dans les fièvres intermittentes prolongées, soit comme spécifique du rhumatisme articulaire, que produit ce médicament? des effets d'intoxication plus ou moins variés, c'est-à-dire des vertiges, des éblouissements, l'obtusion de l'ouïe, des syncopes, quelquefois des spasmes, et non jamais des effets d'irritation sur les organes digestifs. Dans la doctrine italienne des contro-stimulants, le sulfate de quinine est rangé parmi les substances hyposthénisantes, diminuant l'énergie vitale, c'est-à-dire, tout l'opposé de la croyance médicale qui domine en France. Nous ne savons jusqu'à quel degré, et si, dans tous les cas, le sulfate de quinine est un contro-stimulant, et s'il y a sur ce point cette heureuse concordance des vues théoriques avec l'expérience clinique, qui constitue les bonnes doctrines; toujours est-il, néanmoins, que rien n'indique que cette substance soit un stimulant de l'économie. Le docteur Giacomini, qui a fait une savante *Matière médicale* basée sur les principes du contro-stimulisme, assure que le sulfate de quinine n'a jamais produit que des effets hyposthénisants, et qu'on peut l'administrer dans les cas d'inflammation les plus évidents.

Sans admettre toutes les assertions des partisans de cette doctrine, nous ferons remarquer qu'en France on a donné le sulfate de quinine dans des maladies réputées inflammatoires: le succès a été plus ou moins prononcé; mais on n'a point remarqué d'accidents prouvant la surexcitation. Ainsi, on a proposé ce médicament dans la fièvre typhoïde, et, sur ce point important, son efficacité réelle ou chimérique n'est pas suffisamment éclaircie; mais ce qui l'est davantage, c'est que son emploi, même continué avec une certaine persévérance, n'a point occasionné d'accidents. Aucun praticien n'ignore cependant les dispositions morbides du canal intestinal dans cette dangereuse affection.

Que l'état de la muqueuse intestinale ne soit que l'effet de la maladie, selon l'opinion de certains médecins ; que ce soit, au contraire, la cause même de la maladie, d'après le sentiment de beaucoup de praticiens, il n'en est pas moins vrai qu'il existe un état inflammatoire d'ulcérations, qu'aggraverait indubitablement le sulfate de quinine, si cette substance était essentiellement irritante. Personne n'ignore que ce médicament a été employé à doses assez élevées, dans ces derniers temps, contre le rhumatisme articulaire. Bien que le succès n'ait pas toujours répondu aux espérances des praticiens, il n'en est pas moins vrai que, dans beaucoup de cas, cette douloureuse affection a été modifiée d'une manière avantageuse, et dans les commencements. Remarquons qu'on l'a administré dans les cas où la fièvre présente un très-haut degré d'intensité. Or, non-seulement le sulfate de quinine n'a augmenté ni l'irritation, ni l'état fébrile, mais celui-ci a diminué de trente à quarante pulsations par minute, surtout quand l'administration du médicament s'est faite avec méthode, avec mesure, en un mot, avec tous les éléments d'une indication positive et parfaitement saisie. Bien avant les essais qui ont eu lieu dans ce genre, Tavarès, médecin portugais, et d'autres qui adoptèrent son sentiment, avaient employé le quinquina contre la goutte, et très-souvent avec une incontestable efficacité. Dans ce cas, le quinquina est-il simplement un antipériodique, ainsi que le comprit Tavarès lui-même ? Agit-il comme hyposthénisant, c'est-à-dire en diminuant la réaction fébrile qui a souvent lieu dans cette circonstance ? Enfin, ces deux effets sont-ils simultanés ? C'est là ce qu'il serait difficile de déterminer avec précision. Néanmoins, il est impossible de voir, dans cette circonstance, l'administration du quinquina suivie d'accidents qui annoncent un surcroît d'irritation ; or, si les résultats doivent être regardés comme preuve et témoignage d'une méthode curative, ils sont ici assez formels, assez évidents pour ne pas laisser le moindre doute.

Au reste, il est des cas, comme nous l'avons dit, c'est-à-dire qu'il est certaines formes de fièvres à périodes plus ou moins courtes, où le sulfate de quinine a été administré, non-seulement sans danger, mais encore avec succès, l'état pyrétique ayant toute son intensité. Cependant il est des praticiens qui, toutes les fois qu'ils remarquent de la chaleur à la peau, de la fréquence dans le pouls, de la soif surtout, se gardent bien d'administrer le sulfate de quinine ; ils attendent, ils veulent rafraîchir, tempérer, diminuer l'irritation générale, espérant par là rendre l'économie plus apte à l'action du médicament, ou bien obtenir une tolérance plus prononcée. Il y a dans cette marche deux inconvénients assez graves ; le premier, de perdre parfois un temps pré-

cieux, surtout dans certains cas où il ne faut pas s'en laisser imposer par des accidents d'*apparence inflammatoire,* mais remonter au principe même de la maladie; le second, d'affaiblir l'économie par un système de diète ou de moyens antiphlogistiques, très-souvent contraires au but qu'on se propose d'atteindre. Quant à nous, notre opinion est, qu'à l'exception de certaines circonstances qui tiennent à un état de pléthore très-prononcé, ou à celui des voies digestives, on peut administrer le sulfate de quinine pendant la fièvre elle-même, quand la nécessité y oblige, et sans crainte d'augmenter l'intensité fébrile. Le point capital est d'arrêter la fièvre, cette grande cause de trouble et de désorganisation dans l'économie, et de l'arrêter le plus tôt possible. A l'appui de cette assertion, nous pourrions citer un grand nombre de faits ; les trois suivants suffiront pour bien faire comprendre notre pensée.

Ire *Obs.* Un jeune homme, âgé de dix-huit ans environ, d'une assez faible constitution, étant en vacances au mois de septembre dernier, s'amusa à conduire, le soir, un bateau sur un étang. Il avait ôté son habit, il s'échauffa beaucoup, et rien de plus probable qu'il y eut une suppression de transpiration. Le surlendemain, ce jeune homme fut pris d'une fièvre très-violente avec délire, puis d'une sueur qui, sans être abondante, marquait cependant le type de la fièvre, indépendamment du temps d'intermission qui eut lieu. Le second accès ne laissa plus de doute, et l'on attendit le temps de l'intermittence pour administrer le sulfate de quinine. Ce temps arriva, mais il dura si peu, que, dès la seconde dose, la fièvre se ralluma avec violence. Toutefois, le praticien, homme instruit et prudent, ne s'arrêta point à cette circonstance, et fit continuer l'emploi du remède, comme s'il y avait une complète intermittence. Le succès couronna les sages vues du médecin, les accès diminuèrent promptement d'intensité et finirent par disparaître. Quatre mois après, ce jeune homme étant de retour à Paris, fut repris de nouveaux accès de fièvre, qui, quoique moins violents que les précédents, nécessitèrent pourtant une prompte médication. Le même phénomène se manifesta comme la première fois, c'est-à-dire qu'à peine les premières doses de sulfate de quinine furent-elles administrées, que l'accès recommença. A la période de froid, qui fut très-courte, ou plutôt qui ne consista que dans un peu de frisson, succéda une période de chaleur très-vive. Nous n'en fîmes pas moins continuer le sulfate de quinine, dont l'efficacité fut démontrée par la complète guérison de notre jeune malade.

IIe *Obs.* M. F..., membre d'une illustre Société savante, d'un tempérament originairement robuste, mais âgé de quatre-vingts ans révolus, fut pris, dans le mois de mars dernier, de coliques, de frissons, puis

d'une fièvre assez vive, qui n'eut pourtant qu'un type assez peu régulier dans le retour des accès. On administra le sulfate de quinine, et la fièvre cessa; soit qu'on n'eût pas continué assez longtemps l'emploi du médicament, soit par toute autre cause, la fièvre reparut. On revint au sel de quinine; mais comme après l'intermission, qui fut très-courte, la fièvre avait reparu, la famille, convaincue que ce médicament était un formidable irritant, en suspendit l'emploi, et l'accès eut une violence extraordinaire; mais, sans attendre son déclin, nous prescrivîmes de nouvelles doses de sulfate de quinine; il fut continué malgré le retour et l'existence de la fièvre, la chaleur et la soif; les accès suivants furent très-modérés, puis ils finirent par cesser entièrement.

IIIe *Obs.* Mme P..., âgée de soixante-quinze ans, d'une constitution sèche, grêle, singulièrement délicate, fut atteinte, au printemps dernier, d'un catarrhe pulmonaire assez grave, qui ne présentait néanmoins aucun danger immédiat. Cette affection tirait à sa fin lorsque, sans cause connue, la malade fut prise d'accès de fièvre assez violents, avec des rémissions et des intermissions très-variables. Nous administrâmes le sulfate de quinine, avec recommandation d'en continuer les doses prescrites malgré le retour de la fièvre; mais soit qu'on nous eût mal compris, soit par crainte d'augmenter l'état fébrile, notre conseil ne fut pas suivi. Une pilule de 10 centigrammes était seulement ingérée quand l'accès reparut, et l'on s'en tint là. Cet accès fut violent, et la malade se trouva fort abattue. Quoique l'accès ne fût pas terminé, nous fîmes reprendre à l'instant même le sulfate de quinine, avec recommandation expresse de continuer les doses prescrites malgré le retour de la fièvre, ce qui fut exécuté. Aussi les accès diminuèrent-ils peu à peu d'intensité, et la malade finit par se rétablir, quoique lentement, en raison de son âge et de sa grande faiblesse.

Ce qui vient d'être dit prouve, il nous semble, que le sulfate de quinine est loin d'être un excitant; qu'on peut l'administrer quand on juge son emploi nécessaire, la période fébrile existant même à tous ses degrés. Et, s'il est vrai que tout principe théorique doit se traduire en applications pratiques pour acquérir de la valeur, nous pensons que celui qui vient d'être exposé n'est nullement dénué de cette importante condition. Nous terminerons par les deux remarques suivantes. De ce que le sulfate de quinine peut être donné malgré l'existence de la fièvre, il ne faut pas en conclure qu'il en doit être ainsi dans tous les cas. Il est, en effet, des complications hypérémiques ou gastriques tellement prononcées, que les moyens antiphlogistiques, les vomitifs, les purgatifs, doivent précéder celui du médicament fébrifuge. C'est au praticien à saisir les indications qui se présentent avec évidence; seule-

ment, nous pensons que, dans beaucoup de cas, on se laisse trop entraîner par les apparences, et que beaucoup de symptômes qui avaient effrayé disparaissent en même temps que la fièvre.

Notre seconde remarque est en réponse à l'objection que l'on pourrait faire que, dans beaucoup de cas, on administre le quinquina comme tonique et avec succès, sans contredit; mais on doit remarquer que c'est toujours le quinquina en substance, ou plusieurs de ses préparations, comme les infusions, les vins, les teintures, etc. Or, dans ce cas, il est évident que le tannin et l'acide gallique qu'on y trouve agissent alors comme astringents et fortifiants, indépendamment de l'excipient qui les contient. Quant aux sels alcaloïdes de quinine, nous pensons, et nous croyons avoir prouvé que leur action n'est nullement irritante. Peut-on la regarder comme hyposthénisante? nous ne saurions encore aller jusque-là. Ce qui paraît constant pour le sulfate de quinine, c'est son action antipériodique, et ses effets d'intoxication quand on le donne à doses très-élevées. R. P.

DES AVANTAGES THÉRAPEUTIQUES DE L'INOCULATION DE LA MORPHINE ET DE CELLE DE QUELQUES AUTRES MÉDICAMENTS ÉNERGIQUES (1).

(Troisième et dernier article.)

§ II. *De l'inoculation des solanées vireuses*. L'inoculation des extraits de belladone, de stramoine et de jusquiame fournit, au bout d'une minute et demie, une papule six fois moins volumineuse que celle de la morphine; elle est plus globuleuse, et à peine entourée d'érythème. On aura rarement lieu de recourir à l'inoculation directe de ces extraits au point de vue thérapeutique, ces préparations sont trop peu actives pour qu'on s'y attache sous cette forme; mais quand on arrose des cataplasmes ou des compresses d'une solution épaisse de ces extraits ou d'une décoction très-concentrée des feuilles de ces plantes, on est sûr d'obtenir rapidement des effets locaux et généraux très-marqués et fort efficaces, si on a soin de pratiquer de vingt à trente piqûres sous-épidermiques avec la pointe d'une lancette sur les points du corps où vont être déposés ces topiques. Cette manière de procéder nous a rendu trop de services pour que nous négligions de la recommander à nos confrères. MM. Mein et Simes sont parvenus, dans ces derniers temps, à obtenir à l'état de pureté parfaite le principe actif de la belladone, nous voulons dire l'*atropine*. Cet alcali est doué d'une grande énergie. Bérard s'en servait déjà en collyres. Nous ne doutons pas qu'à l'inoculation ce

(1) Voyez *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXXIII, pag. 19 et 182.

produit ne fournisse de magnifiques résultats ; une fois moins rare, nous nous empresserons de l'expérimenter.

§ III. *De l'inoculation de la strychnine.* L'inoculation de la strychnine, de cet alcali végétal si actif, donne, au bout de trois à quatre minutes, une papule encore plus petite que celle des trois derniers extraits; elle est à peine saillante au-dessus du niveau de la peau; il n'existe pas autour la plus légère trace d'érythème; on y sent un léger prurit, voilà tout, mais point de chaleur. La piqûre offre souvent, à sa base, une ecchymose bleuâtre de 2 à 4 millimètres de diamètre, et qui, le lendemain, devient d'un rouge éclatant pour disparaître après cinq à six jours de durée. Mais ces données seront-elles seulement spéculatives, et la pratique n'y trouvera-t-elle aucun profit? Dès mes premiers essais, j'ai cru formellement le contraire ; voici mes expressions (*Bul. thér.*, tome XI, p. 333) : « Je suis convaincu que l'inoculation de la strychnine serait très-utile dans certaines paralysies saturnines des membres, des paupières et de la rétine. » Cette confiance, je l'avais puisée dans la lecture des beaux travaux que M. Miquel, l'honorable rédacteur de ce Recueil, a publiés sur l'amaurose asthénique (*Bul. thér.*, tome II, p. 431, et tome IX, p. 17), affection qu'il traite avec tant de succès à l'aide de la strychnine, administrée par la voie endermique, en frictions et en collyre. M. le docteur Verlegh, de Bréda, vint quelques années après confirmer mes propres prévisions. Ce médecin a guéri une amaurose complète de l'œil gauche, datant de trois semaines, chez une femme de vingt-sept ans, en lui inoculant, à huit reprises différentes, du sulfate de strychnine autour de l'orbite. Ce sel, réduit en pâte avec de l'eau, était inséré sous l'épiderme comme il a été exposé à propos des sels de morphine. M. Verlegh fit, le premier jour, douze inoculations, six au-dessus de l'œil, dans la direction du nerf sus-orbitaire, et autant au-dessous de l'œil et sur l'aile du nez, endroit où se termine le filet ethmoïdal de la branche nasale, et de laquelle partent des filets qui vont à l'iris. La malade ne ressentit aucun effet ce jour-là, mais le lendemain il y eut de légers frémissements dans la direction de l'inoculation. Les piqûres furent graduellement portées à trente. Après la huitième séance, la vue était totalement rétablie (*Bul. thér.*, t. XXV, p. 461). Cette cure a été rapidement obtenue ; on ne sera pas toujours sans doute aussi heureux, mais un traitement si simple contre une affection si grave se recommande tant de lui-même, qu'il serait injuste de le négliger.

M. Sandras se loue beaucoup de la strychnine dans ces paralysies du sentiment et du mouvement, que l'on regarde jusqu'à présent comme exemptes d'altération matérielle. C'est particulièrement contre les pa-

ralysies saturnines que cet alcali lui a réussi. Mais ce n'est ni aux voies digestives, ni à la plaie d'un vésicatoire que M. Sandras le confie ; il préfère se servir de ce produit sous forme de pommade, en friction sur la peau, par la méthode iatraleptique. M. Sandras avoue que la guérison n'arrive qu'à la longue. Je pense que la strychnine le servirait mieux dans ses desseins s'il la faisait inoculer à ses malades ; il arriverait plus sûrement à son but, et n'aurait aucun des inconvénients qu'il reproche aux vésicatoires (*Bul. thér.*, t. XXVII, p. 188).

La chorée peut trouver avantage dans l'inoculation de la strychnine. Un de mes clients, Pistouley, âgé de quatorze ans, résidant à Gouillard (Saint-Christophe), a été atteint de la danse de Saint-Guy au mois d'octobre 1845. Les convulsions étaient générales, et duraient trois ou quatre heures. Un état de santé parfaite régnait entre les accès, qui restaient douze heures, un jour et même davantage à reparaître. Le liniment de Rosen sur la colonne vertébrale, à l'intérieur des vermifuges actifs, aidés de l'usage habituel d'un opiat composé de parties égales de poudre de valériane, de sous-carbonate de fer et de conserve de roses, amenèrent la guérison au bout de deux mois. Au mois d'avril 1846, la danse de Saint-Guy reparut aussi intense que jamais. Les mêmes médicaments furent prescrits à l'intérieur ; mais sur le rachis, j'inoculai du sulfate de strychnine à la dose de 5 milligrammes pour débuter. Un verre de montre disposé comme il a été dit, et maintenu avec des bandelettes de diachylum, recouvrait les piqûres. Chaque jour les inoculations changeaient de place ; le sillon vertébral fut ainsi parcouru en entier depuis la nuque jusqu'au sacrum. A la fin, j'étais arrivé à la dose de 1 centigramme de sel par jour. Au bout d'un mois, la cure était radicale ; il n'y a plus eu de rechute. La médication a été complexe, il est vrai ; la vératrine n'a pas seule agi, mais évidemment elle a eu sa part d'influence. M. Trousseau n'a-t-il pas d'ailleurs mis hors de doute l'efficacité de cet alcali administré à l'intérieur contre la chorée?

L'inoculation du sulfate de strychnine donne des résultats locaux encore plus négatifs que celle de la strychnine ; la papule est à peine apparente ; point de chaleur, point d'érythème, point de prurit. Nous allons voir la vératrine se comporter d'une manière bien différente.

§ IV. *De l'inoculation de la vératrine.* Aussitôt que la pointe de la lancette, chargée de pâte de vératrine, a fait sous l'épiderme une seule piqûre, le sujet sur lequel on a agi ressent à l'intérieur de cette petite plaie une vive douleur, dont on ne peut mieux se rendre compte qu'en la comparant aux élancements qui résulteraient de l'enfoncement sans cesse réitéré de la pointe d'une aiguille au milieu des tissus de la peau.

Quand cette douleur, au lieu de *pétiller,* c'est le mot, dans une piqûre ainsi isolée, étincelle simultanément, sous forme de mille aigrettes de feu dans vingt ou trente inoculations pratiquées les unes à côté des autres, l'anxiété est grande chez le patient, et les plaintes fréquentes.

Cette sensation douloureuse, qui est à son apogée au moment de l'inoculation, se soutient très-vive pendant dix minutes, diminue ensuite graduellement pour disparaître au bout d'une heure; avec elle s'effacent aussi et l'auréole qui s'est développée, et la papule qui s'est formée au-dessus de celle-ci.

Certes, voici un intéressant phénomène, et qui devait mettre sur la voie de bien des indications. La multiplicité de mes essais m'a amené à ce résultat pour moi bien positif, c'est que l'inoculation de la vératrine est une ressource précieuse dans le traitement de deux graves affections, je veux parler des névralgies et des paralysies.

Il est des prosopalgies, il est des céphalalgies qui résistent avec opiniâtreté aux médications les plus usuelles. Dans ces affections, et le nombre en est grand, la vératrine nous a valu de beaux succès. Ce qu'il n'est pas rare d'observer, dans les névralgies de la tête surtout, c'est une sensation de froid plus pénible que la douleur elle-même. Les malades, ce sont presque toujours des femmes, accusent comme une couche de glace qui recouvrirait leur tête. Dans de telles circonstances, nous en venons d'emblée à l'inoculation de la vératrine, car rien n'annihile plus rapidement cette perversion de la sensibilité. Si j'en avais la place, j'invoquerais quantité d'observations à l'appui de ce que j'avance. Je me bornerai à signaler cet exemple : La femme de Guimberteau, âgée de trente-six ans, résidant à Langlade (Parsac), souffrait depuis six ans d'une névralgie temporale droite, à paroxysmes irréguliers mais rapprochés ; ce qui ne l'abandonnait jamais, c'était une réfrigération de toute la tête, même au sein de l'été, et quelque vêtue que fût cette partie. Son existence était des plus misérables. Je lui donnai des soins au mois de juin 1839. Des préparations thébaïques amendèrent la névralgie ; mais ce furent les inoculations de vératrine, pratiquées au milieu des cheveux, en s'y prenant comme il a été décrit en parlant de la morphine, qui, au bout de dix séances de douze piqûres chacune, renouvelées deux fois le jour, firent s'évanouir pour toujours la sensation du froid.

Dans des rhumatismes chroniques, où ce sentiment de réfrigération s'offrait comme symptôme prédominant, la même substance, inoculée au tour de la jointure malade ou au niveau du muscle souffrant, a donné les mêmes preuves d'efficacité. La vératrine ne semble-t-elle pas imiter ici les orties flagellant la peau !

Dans des paralysies circonscrites du mouvement, celles de la face, par exemple ; dans des paralysies du sentiment, surtout chez les femmes hystériques, l'inoculation de la vératrine s'est, nombre de fois, montrée toute-puissante entre nos mains.

Le plus ordinairement, dans ces différentes maladies je pratique, matin et soir, sur les points affectés, dix à douze inoculations avec un centigramme d'hydrochlorate de vératrine. Ce sel, très-soluble dans l'eau, doit, quand on le peut, être choisi de préférence à sa base. Il est à remarquer que la sensation si cuisante du remède neutralise pour ainsi dire, dans les névralgies, l'intensité de la douleur. Dans les paralysies du mouvement, l'influx nerveux se trouve vivement stimulé par cette inoculation, et très-souvent, pendant l'opération, j'ai vu de légers spasmes se produire. Dans les anasthésies, dès les premières séances, une sorte de frémissement électrique était perçu à l'entour des piqûres.

On peut, selon que la médication se prolonge, élever la dose du remède jusqu'à trois, quatre et même cinq centigrammes pour les inoculer en une seule fois. Comme j'ai eu sans cesse pour but d'obtenir des effets locaux, il ne m'a pas été donné de constater l'influence de la vératrine sur le rectum. On sait que M. Magendie a mis en évidence que cet alcali, n'importe la voie choisie pour le faire arriver dans le sang, allait retentir sur cet organe et y déterminer des efforts de défécation.

M. Turnbull a signalé, dès 1834, la puissante efficacité de la vératrine dans les névralgies, le rhumatisme et les paralysies (*Bul. thér.*, t. XII, p. 218). M. Florent Cunier a présenté de son côté des faits analogues non moins concluants (*Bul. thér.*, t. XIV, p. 8, et t. XV, p. 329). C'est en friction, sous forme de pommade et de liniments, que ces praticiens recommandent cette substance. Pour M. Turnbull, la delphine et surtout l'aconitine, incorporées dans des corps gras, provoquent sur la peau, revêtue de son épiderme, des phénomènes locaux plus curieux encore que ceux fournis par la vératrine. Selon ce médecin, ces pommades produisent de la chaleur, des picotements et des frémissements sur les points de la peau où on exerce les frictions. Pour obtenir une guérison plus sûre et plus prompte, M. Turnbull, en employant la vératrine, la delphine et l'aconitine, les fait se succéder alternativement tous les trois ou quatre jours. L'inoculation de la vératrine m'a révélé des effets locaux si extraordinaires, qu'il me tarde de constater si la delphine et l'aconitine inoculées seront plus actives encore.

L'inoculation des diverses substances que nous venons de passer en revue nous a constamment donné des produits de *l'ordre papuleux* ; il n'en sera plus ainsi pour les deux médicaments dont il nous reste à parler.

§ V. *De l'inoculation du tartre stibié et de l'huile de croton tiglium*. Le succès qui couronna mes précédentes tentatives me fit naître l'idée d'étudier les effets de l'inoculation du tartre stibié en solution concentrée, et de celle de l'huile de croton tiglium. J'ai obtenu par ce procédé de magnifiques pustules.

Ainsi, l'inoculation d'une solution concentrée de tartre stibié donne, au bout de quelques minutes, une papule du volume d'une lentille, qui, vingt-quatre heures après, se transforme en une pustule semblable, par son aspect et ses dimensions, à la pustule de l'*acné simplex*; elle est accompagnée de chaleur et de démangeaison.

L'introduction sous l'épiderme, de la pointe d'une lancette trempée dans l'huile de croton, donne sur-le-champ une énorme papule accompagnée d'une forte chaleur, et qui, au bout de trente-six heures, se transforme en une grosse pustule, ressemblant en tout point à la pustule du clou ou petit furoncle.

On prévoit de quelle ressource ces deux faits sont en thérapeutique : c'est qu'on peut, par l'inoculation du tartre stibié et surtout par celle de l'huile de croton, remplacer la pommade d'Autenrieth dans toutes les affections où l'usage de cette pommade est recommandé.

La révulsion cutanée pustuleuse est d'un secours qu'aucune autre ne saurait balancer dans le traitement de la coqueluche et de presque toutes les affections chroniques de l'appareil respiratoire et des voies digestives, etc. Mais telle qu'on la provoque, avec la pommade d'Autenrieth, cette médication est par trop infidèle. Là où la peau revêt des parties molles, à l'épigastre, par exemple, l'effet en est certain ; mais à la poitrine, sur le sternum, au niveau du larynx, autour des articulations, partout où l'enveloppe cutanée repose presque immédiatement sur des os ou des cartilages, il est de règle d'échouer ou de ne réussir qu'à demi. Dans ces circonstances, les pustules naissent rares, discrètes et fort petites ; le malade a souffert sans compensation.

En adoptant notre procédé, on est par avance sûr du succès, car la pointe de la lancette permet de faire surgir les pustules exactement où on les désire, aussi rapprochées les unes des autres qu'il est besoin, et en quantité qu'on est le maître de préciser. Cet avantage est immense. Avec une goutte d'huile de croton on peut, en une seule séance, donner naissance à plus de cinquante pustules. Mais il serait dangereux de pratiquer plus de dix piqûres le même jour, chez les enfants surtout. La rougeur, la chaleur, la tuméfaction et la douleur locales ne manqueraient pas d'amener la fièvre. Un nombre égal d'incisions, établi le lendemain et les jours suivants à côté des premières, permet de prolonger à souhait la durée de la médication, car, une fois développées, les

pustules marchent avec vigueur à une suppuration abondante, sans qu'il soit nécessaire de les stimuler par un nouveau dépôt d'huile à leur surface, précaution indispensable, on le sait, quand on emploie cette substance en friction. Nous ne saurions donc trop le redire : ce mode de révulsion est une arme puissante ; on ne la trouve jamais en défaut.

Il est loin d'en être de même pour l'inoculation simple du tartre stibié. Les pustules qu'on obtient avec cet agent naissent sans doute fidèlement là où on les a voulues, mais elles sont si petites, la réaction qu'elles provoquent est si faible, qu'il ne faut en attendre qu'un mince bénéfice. Mais il est un moyen infaillible de leur communiquer une grande efficacité ; voici comment on s'y prend alors : avec un petit pinceau de charpie trempé dans une solution très-concentrée de tartre stibié, on touche à plusieurs reprises chaque pustule isolément. Cette opération réitérée matin et soir, pendant cinq à six jours, excite une vive inflammation, les pustules deviennent énormes et une suppuration copieuse s'établit. Ce moyen si simple, à l'aide duquel on groupe les pustules comme on l'entend, moins coûteux que la pommade, laisse, pour la sûreté d'exécution, ce produit pharmaceutique bien en arrière.

Le sublimé corrosif inoculé donne une pustule bien caractérisée. Il est évident qu'il serait parfois utile de s'en servir. La lancette trempée dans la solution de ce sel se ternirait à l'instant ; on commence donc par faire l'inoculation à vide, puis avec le bec d'une plume à écrire on insère dans la piqûre la gouttelette de solution saturée de sublimé corrosif.

Le suc laiteux de toutes les euphorbes indigènes fournit à l'inoculation, au bout de vingt-quatre heures, une pustule pareille à celle du tartre stibié. En stimulant, les jours suivants, ces pustules avec une nouvelle quantité de suc, on obtient les mêmes avantages qu'avec le sel d'antimoine et de potasse. A la campagne, ce procédé m'a souvent servi, soit en vue d'obtenir une révulsion ordinaire, soit pour solliciter le retour d'une dartre répercutée. Cette propriété ne doit point nous surprendre dans les euphorbes, si l'on réfléchit que ce sont des graines d'une plante exotique du même genre que l'on récolte l'huile de croton tiglium.

Du traitement des tumeurs érectiles par l'inoculation de l'huile de croton tiglium. Mes recherches sur l'inoculation de cette huile m'ont amené à la découverte d'un moyen fort efficace et très-commode pour débarrasser les enfants des tumeurs érectiles congéniales qu'on désigne sous les noms d'*envies*, de *nævi materni*. Ce moyen consiste à pratiquer sur la propre substance et tout autour de la petite tumeur cinq ou six piqûres avec la pointe d'une lancette trempée dans une goutte

d'huile de croton tiglium. Chacune des papules qu'on obtient sur-le-champ se transforme, avons-nous dit, au bout de trente-six heures, en une pustule semblable à un petit furoncle. Du rapprochement des pustules résulte une tumeur rouge à sa base, blanche par plaques à son sommet, chaude, douloureuse, rénitente, qui a envahi et désorganisé le tissu érectile de la tumeur, et qui offre beaucoup de ressemblance avec l'anthrax bénin à petite dimension. Deux jours après, arrive la période de décroissement : la plaie se déterge, et à la place de l'*envie* s'observe une ulcération qu'on dirige et qu'on traite selon les règles ordinaires.

Cette méthode de guérir les tumeurs érectiles est absolument identique, on le voit, à celle qui consiste à inoculer du virus vaccin sur ces mêmes tumeurs chez les enfants qui n'ont pas encore été vaccinés. Les pustules qui se développent alors se comportent dans leurs effets destructeurs du tissu érectile comme celles qui résultent de l'inoculation de l'huile de croton. L'obligation de n'avoir pas été vacciné qu'entraîne le virus vaccin, pour qu'il soit apte à détruire ces tumeurs, met à nu l'impuissance de ce moyen dans la plupart des cas; il ne s'adresse donc qu'à la minorité. L'inoculation de l'huile de croton, entreprise dans le même but, n'ayant aucune entrave à redouter, ne puisant son efficacité dans l'existence d'aucune condition antérieure, est une méthode générale qui s'adresse à l'universalité des cas. Ces considérations sont, ce me semble, péremptoires, et légitiment la préférence que je réclame pour mon procédé. Si la tumeur est peu développée, il est rare que la première inoculation ne réussisse pas à amener la guérison d'emblée. Si quelque portion du tissu érectile persistait encore, une seconde inoculation, entreprise après la cicatrisation des premières pustules, conduirait, cette fois, à une guérison radicale. Dans ma propre pratique, j'ai eu quatre fois l'occasion de recourir avec succès à ce mode opératoire. Il serait trop long de rapporter ici des observations détaillées; mais, comme justification de ce que j'avance, qu'il me soit permis de prouver que ma méthode a réussi entre d'autres mains que les miennes. La Gazette médicale de Londres rapporte que M. le docteur Ure, chirurgien au dispensaire de Westminster, a guéri une tumeur érectile de la grosseur d'une petite pièce de monnaie, que portait une fille de trois ans et demi à l'angle interne de la paupière droite. Deux inoculations d'huile de croton, à une semaine d'intervalle l'une de l'autre, ont suffi pour faire promptement justice de ce nævus. La ponction a été faite, chaque fois, à plusieurs reprises, dans la tumeur, avec une aiguille à cataracte trempée dans de l'huile de croton. L'inflammation pustuleuse a complétement détruit la tumeur;

il reste à peine un point noir près de l'angle de la paupière (*Bullet. thér.*, t. XXVIII, p. 397). On dirige contre les tumeurs érectiles congéniales des moyens chirurgicaux variés à l'infini. Mais pour l'innocuité et la sûreté d'exécution, nul ne l'emporte sur l'inoculation de l'huile de croton tiglium.

En terminant, je ferai observer que, pour toutes les substances que je viens d'étudier, j'ai trouvé un grand avantage à me servir, dans mes inoculations, de la lancette effilée, dite à grain d'avoine, et mieux encore de la lancette des vaccinateurs. Qu'on n'oublie pas qu'avant de retirer la pointe de l'instrument de dessous l'épiderme, une condition de succès est de retourner son extrémité dans la petite plaie, afin d'y laisser tout le médicament. Dr G. V. Lafargue,

de Saint-Emilion.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS SUR L'INTRODUCTION DANS L'OEIL DE CORPS ÉTRANGERS NON MÉTALLIQUES.

Un des accidents les plus fréquents qui se rencontrent dans la pratique est l'introduction de corps étrangers dans les différentes parties de l'organe visuel ; il n'est aucun médecin qui ne l'ait observé de temps en temps. Les lésions qui en résultent sont souvent graves, et toujours capables, même quand d'abord elles paraissent insignifiantes, d'amener des suites fâcheuses, à moins qu'on n'ait immédiatement reconnu la cause et combattu son action nuisible. Parmi ces corps étrangers, il en est dont les ophthalmographes se sont à peine occupés ; d'autres, au contraire, leur ont fourni la matière de nombreuses publications, mais peuvent encore donner lieu à des considérations pratiques et nouvelles ; aussi en ferons-nous le sujet de plusieurs articles pour le *Bulletin de Thérapeutique*. Nous commencerons par ceux qui sont peu connus, et dont les auteurs n'ont presque point parlé.

La nature des lésions produites par des corps étrangers lancés entre la fente palpébrale varie surtout d'après le volume de ces corps, leur forme, la substance qui les compose, leur degré de chaleur. Sous le point de vue pratique, on peut établir avec avantage deux grandes divisions.

La première est composée par les corps étrangers qui sont d'un volume

plus grand, de formes plus anguleuses et tranchantes. Ceux-ci appartiennent, presque sans exception, au règne minéral. Tels sont les éclats de capsule fulminante et de pierre, les morceaux considérables de métal incandescent ou battu à froid, les fragments de verre brisé. On voit que nous faisons ici abstraction des masses volumineuses, qui ne pénètrent point entre la fente palpébrale, et qui, au lieu de s'introduire et de se fixer dans l'une ou l'autre partie de l'organe visuel, ne font que le contusionner plus ou moins violemment.

Une seconde division se compose de corpuscules infiniment plus petits, et qui peuvent appartenir à tous les règnes de la nature.

Les uns font partie du règne minéral ; ce sont des éclats, d'ordinaire minimes, de métal ou de pierre, projetés le plus souvent avec une grande violence, comme par un coup de marteau, et doués d'une densité et d'un poids spécifique considérables. Ils se portent vers la cornée, et s'y fixent au moment même de leur premier contact, en général assez près de son centre. Exceptionnellement, quand ils sont moins pesants, comme des parcelles de houille scorifiée, ils s'introduisent sous la paupière supérieure et s'attachent à sa face postérieure. Dans d'autres cas, plus rares encore, ils s'implantent dans ou sous la conjonctive scléroticale. La fréquence extrême de ces corps étrangers provenant du règne minéral a souvent fourni aux chirurgiens et aux oculistes l'occasion de s'en occuper ; aussi les passons-nous aujourd'hui sous silence, sauf à y revenir plus tard.

Les autres corpuscules étrangers peu volumineux sont tirés tantôt du règne végétal, tels que des coques de graine, de petites portions de bois, des soies (*aristæ*) de glumes de céréales ; tantôt du règne animal, comme des fragments d'élytres de coléoptères, ou des étuis tout entiers de très-petites espèces de ces mêmes insectes. Ceux-là, assez rares, ont à peine été mentionnés en passant, même par les ophthalmologistes ; en outre, à cause de leur rareté, ils sont beaucoup plus difficiles à reconnaître. A ce double titre, ils méritent d'être traités avec quelques détails ; aussi en parlerons-nous avant tous les autres.

Ils présentent deux groupes qui diffèrent nettement entre eux par leur nature, leur forme, leur volume, la manière dont ils sont introduits dans l'organe visuel, le lieu d'élection qu'ils y occupent et, enfin, les effets qu'ils produisent. Le premier groupe se compose de tous ceux que nous avons énumérés tout à l'heure, moins les soies des glumes de céréales qui forment le second groupe.

Premier groupe. *Coques de graines, petites parcelles de bois et élytres de coléoptères, entières ou fragmentaires, introduites dans l'œil.*

Ces corps ont cela de commun, qu'ils sont peu volumineux, très-légers, et que leur surface ou leur pourtour présente des aspérités ou des dentelures plus ou moins prononcées et nombreuses. Lancés sur le globe oculaire par les agitations de l'air atmosphérique ou toute autre impulsion peu intense, ils tombent au centre de la cornée, mais, ne pouvant s'y fixer par l'effet de leur pesanteur ou de leur vitesse seules, ils glissent sur cette membrane lisse et toujours lubréfiée par les larmes. Arrivés à son pourtour, ils sont arrêtés par la circonférence de la conjonctive cornéenne, qui, à sa jonction avec la conjonctive scléroticale, forme une espèce d'anneau légèrement élevé et enchâssant la cornée. Par les crénelures de leur pourtour, ou par leurs aspérités, les corps étrangers s'enfoncent dans ce rebord ou bourrelet conjonctival, s'y incrustent, et, en même temps, s'attachent par le reste de leur circonférence à la surface du miroir de l'œil. Ceci donne déjà un de leurs caractères distinctifs, le lieu d'élection ; car il est très-rare de les trouver placés ailleurs que tout près du bord de la cornée ou à quelque distance de ce bord. Ce qui les distingue encore facilement des corps étrangers métalliques, c'est leur couleur toujours beaucoup plus claire. Quant à leurs autres caractères, ils diffèrent pour chacune des espèces que nous avons énumérées.

I. *Les coques de graine* forment la grande majorité de ce groupe. Ordinairement ce sont celles du millet, rarement celles du chènevis. Le plus souvent elles sont introduites dans l'œil, en tombant de la cage d'un oiseau auquel on les donne pour nourriture. Le coup de bec, qui fait éclater la semence et la disjoint le long de la suture qui réunit les deux valves, lance en l'air l'une de ces valves. Quelquefois elle est mise en mouvement lorsqu'on souffle dans la cage ou dans la mangeoire pour les nettoyer. Elle arrive avec une certaine force dans l'œil au moment où, placé sous la cage, on s'occupe de l'oiseau.

Obs. I. Le 24 février 1836, C., concierge, âgé de soixante-douze ans, se présente à nous pour recevoir nos soins. Il y a quatre semaines, cet homme, en soufflant dans la mangeoire d'un oiseau pour la nettoyer, reçut dans l'œil gauche une coque de graine de millet. Il ressentit peu de douleur d'abord; mais il en éprouva bientôt d'assez vives, à force de frotter l'organe malade pour en extraire le corps étranger, qui devint plus tard une cause d'irritation, de rougeur, et, selon le dire du malade, « *de pleurs aigus.* » Il y a huit jours, il a acheté chez un épicier une eau pour bassiner les yeux, qui a augmenté le mal.

Etat de l'œil. La photophobie et le larmoiement sont peu considérables; le malade éprouve une douleur aiguë, qui semble traverser l'œil et s'irradie dans la tempe gauche; le matin, les paupières sont collées, et C. dit « *qu'il sent quelque chose qui gratte quand il cligne, mais que la douleur est peu de chose, quand l'œil est ouvert.* »

L'iris et la pupille n'offrent rien d'anormal; la cornée, à sa partie inférieure et à deux millimètres environ de son insertion sur la sclérotique, présente un corps saillant, jaunâtre, qui semble enchâssé dans ses lamelles antérieures. Les deux tiers supérieurs de la circonférence de cette membrane sont entourés d'un cercle bleuâtre, encadré lui-même par une injection assez marquée. Quant au tiers inférieur, il n'y existe pas de cercle bleu, mais une large et vive injection vasculaire, qui, après avoir couvert la conjonctive oculaire, a dépassé l'insertion scléroticale, et envahi la partie inférieure de la cornée. On voit, à l'œil nu, plusieurs vaisseaux se diriger de ce point vers le corps étranger et, près des deux plus gros d'entre eux et sur leur côté interne, une petite strie blanchâtre, linéaire, qui n'est autre chose qu'un épanchement interlamellaire superficiel. Ces vaisseaux, examinés à la loupe, offrent l'aspect d'une belle arborisation et de nombreuses anastomoses.

Les autres membranes de l'œil et les paupières n'offrent rien d'anormal.

Immédiatement après l'extraction du corps étranger, pratiquée à l'aide d'une aiguille à cataracte, le malade se sent notablement soulagé. Il reste une ulcération superficielle de la cornée. (*Fomentations d'eau froide, purgatif salin, application de 12 sangsues au-devant de l'oreille du côté malade.*)

Deux jours après l'extraction, les vascularités ont beaucoup diminué, ainsi que l'inflammation. (*Onctions mercurielles.*)

Quatre jours plus tard, le malade est guéri, à l'exception d'un vestige à peine perceptible de l'ulcération qui cède bientôt, et sans laisser de cicatrice opaque, aux instillations de laudanum de Sydenham, d'abord affaibli d'eau.

C'est toujours la concavité de la valve qui vient en contact avec la convexité de la cornée, tandis que la surface opposée, tournée en dehors, se fait reconnaître par sa convexité lisse, plus ou moins profondément implantée dans le tissu cornéen et formant le segment d'un sphéroïde infiniment plus petit. La pression qu'exercent les paupières pendant leurs mouvements enfonce davantage le corps étranger, de telle sorte que d'ordinaire son niveau est au-dessous de celui de la surface cornéenne; mais il est, dès le commencement, assez solidement attaché par ses crénelures pour qu'il ne puisse se déplacer. La couleur de la petite élévation est blanc jaunâtre (millet) ou brune (chènevis). Bientôt la partie de son pourtour contiguë au bord de la cornée est entourée par des vaisseaux parallèles entre eux, ou disposés en triangle et venant de la conjonctive. Au bout de quelque temps ces vaisseaux, en s'anastomosant les uns avec les autres, forment une véritable couronne vasculaire autour de la valve et, en partie, semblent pénétrer sur sa surface, mais, en réalité, s'introduisent sous son bord, pour se ramifier dans la portion de la cornée que ce bord recouvre. Plus tard la couronne vasculaire se change en un bourrelet de vaisseaux plus nombreux, élevé et enchatonnant, pour ainsi dire, le corps étranger du côté de la sclérotique. La position de celui-ci près de la circonférence

de la cornée, ainsi que la vascularisation particulière, peuvent facilement le faire méconnaître par un œil peu exercé, à tel point que souvent on a pu le prendre, surtout lorsque c'est une coque de graine de millet, pour une de ces élévations pustulaires qui occupent fréquemment le point de jonction de la conjonctive et de la cornée dans les ophthalmies, notamment sur les individus lymphatiques (conjonctivite et pustule scrofuleuses). J'ai vu, plus d'une fois, des praticiens distingués commettre cette erreur. L'observation suivante en rapporte une de cette nature, doublement curieuse par ses particularités. L'intérêt du fait est encore augmenté par la position exceptionnelle du corps étranger et par quelques autres symptômes, rares en pareil cas.

Obs. II. Le 21 avril 1833, lorsque je faisais encore mes leçons de clinique à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de feu Auguste Bérard, il se présenta une jeune fille de dix-huit ans, Rosine M..., affectée d'une ophthalmie chronique assez violente de l'œil gauche, qui jusque-là avait résisté à toutes les médications. Dans la partie supérieure de la cornée, un peu au-dessus du diamètre transversal et un peu en dehors du diamètre vertical de cette membrane, on reconnaissait une tache d'un noir brunâtre, à contours peu réguliers, déprimée et située dans une espèce d'enfoncement où elle se trouvait enchâssée dans un étroit cercle blanchâtre. Entre le bord externe de cette tache et le bord correspondant de la cornée s'étendait une bandelette d'une couleur blanc bleuâtre un peu sale. Cette bandelette, évidemment formée par un épanchement interlamellaire circonscrit par les lames superficielles de la cornée, était surmontée d'un faisceau formé de trois à quatre vaisseaux très-fins, contournés les uns sur les autres, qui prenaient leur origine dans la partie contiguë de la conjonctive et de la sclérotique. La position déprimée de la tache centrale, sa couleur brunâtre, sa surface externe lisse, légèrement convexe et qui n'était le siége d'aucune sécrétion, la forme des vaisseaux qui du bord de la cornée se rendaient vers la circonférence de cette tache, la douleur ou l'espèce de grattement douloureux que chaque battement des paupières occasionait, et la difficulté que la malade éprouvait à ouvrir l'œil affecté : tout me fit diagnostiquer immédiatement la présence d'un corps étranger méconnu jusqu'alors. A l'aspect brunâtre, je supposais que ce devait être un fragment de l'une des valves d'une graine de chènevis, qu'il serait facile de retirer à l'aide d'une aiguille. En effet, la substance brunâtre, à peine touchée avec la pointe d'une aiguille courbe, tomba sur-le-champ, malgré son enclavement assez profond. Les larmes l'entraînèrent sur la paupière inférieure, d'où je l'enlevai avec le coin de mon mouchoir. La malade fut aussitôt soulagée ; elle put mieux ouvrir l'œil. Le corps étranger se trouvait, en effet, être une portion d'une des valves d'une semence de chènevis. Notons qu'une injection de la sclérotique autour de la cornée, un larmoiement intense et une photophobie notable accompagnaient les autres symptômes, chose rare dans les cas de corps étrangers de cette nature.

Interrogée sur les antécédents, la malade rapporta les détails suivants :

Il y avait deux mois que, étant à Belleville à travailler dans un jardin, elle ressentit tout d'un coup une douleur dans l'œil gauche. Un médecin distingué de Paris, qui a fourni une longue et honorable carrière, fut consulté; il ne vit qu'une ophthalmie violente et ordonna une application de sangsues. La malade s'adressa à Wenzel fils, l'auteur du Traité de l'extraction de la cataracte; il crut avoir affaire à une ophthalmie avec ulcération de la cornée, et ordonna à deux reprises une application de vingt sangsues à la tempe. Une amélioration considérable ayant été suivie d'une rechute complète, il prescrivit l'application d'un vésicatoire à la nuque, qui depuis plusieurs semaines avait jeté abondamment. Mais bien qu'il eût été consulté trois fois, il ne s'était nullement douté de la présence d'un corps étranger. C'est alors que M. Bérard qui, par une singulière coïncidence, avait lu le matin même une partie de l'ouvrage cité de Wenzel, fit remarquer combien cette méprise de Wenzel était curieuse, si on la comparait à un fait semblable, rapporté à la page 62 de son ouvrage, à savoir, qu'en 1784 il avait guéri, par l'extraction d'une coque de millet, une ophthalmie longtemps combattue en vain par d'autres oculistes. L'observation de Wenzel prouve qu'il connaissait parfaitement les accidents produits par l'introduction dans l'œil de fragments d'enveloppes de cette semence. Je ne puis m'expliquer son erreur que par la circonstance, qu'ici il s'agissait d'une graine de chènevis dont la couleur brune le déroutait.

La malade, d'une constitution sanguine et éminemment lymphatique, en même temps insuffisamment menstruée, n'a pas été soumise par moi à un traitement antilymphatique et emménagogue, ce qui était une faute. Je me bornai à lui administrer un purgatif drastique, à lui ordonner un léger collyre astringent et à supprimer successivement le vésicatoire. Aujourd'hui, dans un pareil cas d'ophthalmie traumatique invétérée sur un individu semblable, je n'emploierais comme topique que des fomentations d'eau froide, et seulement pendant quelques jours; et après une seule application de sangsues, j'insisterais longtemps sur l'usage des purgatifs et des antilymphatiques, tels que les mercuriaux, les antimoniaux, les préparations de barium, auxquelles j'ajouterais la gomme ammoniaque et de petites doses d'aloès comme emménagogues. Un pareil traitement aurait probablement abrégé de moitié la durée ultérieure de la maladie. Toutefois il est vrai que, par l'effet du traitement alors employé par moi et que je ne trouve pas irréprochable aujourd'hui, l'amélioration a été prompte et la guérison complète au bout d'un mois, à partir du moment où j'eus extrait le corps étranger, tandis qu'avant son ablation l'ophthalmie était restée stationnaire pendant deux mois.

Le 23 avril l'enfoncement de la cornée avait presque disparu; il restait encore une trace de la bandelette grisâtre formée par l'épanchement et des vaisseaux qui y rampaient, ainsi qu'une légère injection de la conjonctive; mais la malade ouvrait facilement cet œil et s'en servait comme de l'autre.

Le 3 mai la guérison était achevée et la lacune de la cornée, à l'endroit qu'avait occupé le corps étranger, parfaitement comblée. On ne voyait plus à sa place qu'une légère taie, qui s'est effacée plus tard par des instillations de laudanum de Sydenham et par l'application de la pommade de précipité rouge.

Les enveloppes de graines se trouvent bien rarement sur une autre

partie de la cornée que le lieu d'élection signalé par nous. On les rencontre plus rarement encore derrière la paupière supérieure, ou sur la conjonctive scléroticale. Cette dernière est trop mobile et trop peu résistante pour permettre à ces corpuscules légers de s'y fixer solidement; aussi n'ai-je vu aucun cas de cette espèce. Si, exceptionnellement, il s'en présentait un, je serais disposé à croire que primitivement la coque aurait occupé la cornée, et que, mal fixée, placée obliquement et soulevée sur l'un de ses bords, elle se serait portée plus loin, puis, par suite de la pression que les paupières exercent pendant leurs mouvements, implantée lentement par sa marge déchiquetée dans la conjonctive scléroticale.

Il est si ordinaire que ces coques de graines soient projetées par un oiseau, qu'avant tout je demande au malade, lorsque je vois des corps étrangers de cette nature, s'il n'a pas un oiseau chez lui; question qui toujours lui. paraît très-singulière, jusqu'à ce qu'il en comprenne la portée. Quelquefois, cependant, de pareilles graines sont lancées par le vent, pendant les promenades dans la campagne, ou par une gerbe, pendant le chargement d'une voiture.

En affirmant catégoriquement au malade qu'une coque de graine s'est fixée dans le miroir de l'œil, on porte facilement la conviction dans son esprit. Il est bien rare qu'il refuse de se laisser convaincre et de se soumettre à l'opération. Dans un seul cas j'ai vu un malade rester sceptique jusqu'au bout, et même après l'extraction, sur la nature et l'origine du corps étranger qui, selon lui, n'était « qu'une peau développée à la suite d'une ophthalmie accidentelle. » Le fait mérite d'être rapporté.

Obs. III. Un homme d'une quarantaine d'années et d'une constitution lymphatico-sanguine vint me consulter le 14 septembre 1836. Son œil gauche présentait une injection formée par un faisceau de vaisseaux dilatés et tortueux placés dans l'angle externe. Sur le bord de la cornée, cette injection se terminait par une ulcération ovalaire, jaune sale, à surface très-lisse et très-élevée, entourée de petites stries simulant des écailles de matière calcaire. La vascularisation se prolongeait sur la cornée, autour de l'ulcère, par des terminaisons très-fines. Le malade niait obstinément avoir reçu un corps étranger; il pensait que c'était « une peau qui lui était venue»; car l'affection datait de plusieurs semaines. Une première ophthalmie avait été guérie; une seconde persistait depuis trois semaines, et le malade prétendait que c'était l'inflammation qui avait produit ce qu'il appelait «la peau». Et même quand, après l'extraction que j'en fis à l'aide d'une aiguille, il vit très-distinctement le corpuscule, jaunâtre à sa face externe, élastique, légèrement frangé et inégal sur ses bords, enfin la coque de graine de millet qu'on ne pouvait méconnaître, il persista dans son opinion. L'enfoncement que le corps étranger avait creusé dans la cornée était comblé par une petite fon-

gosité ou vascularité en forme de vésicule rougeâtre, qui se confondait avec les vaisseaux de l'injection. Les bords palpébraux libres présentaient une blépharite glandulaire commençante sub-aiguë ; il y avait une teinte rouge, cuivrée, de la sensibilité au toucher, du gonflement et un commencement d'inégalité.

L'application de quinze sangsues au-devant de l'oreille gauche, un purgatif, des pédiluves et des onctions mercurielles suivies d'instillations de laudanum de Sydenham, amenèrent la guérison au bout de dix jours, sans même qu'il eût été nécessaire de toucher l'ulcération fongueuse avec le nitrate d'argent.

Traitement. Le point le plus important est de reconnaître la présence de ces corps étrangers, et de procéder à leur ablation. C'est dans le but d'assurer le diagnostic, et afin qu'on n'hésite pas à les enlever sur-le-champ, que nous avons insisté avec tant de détails sur leur description. L'extraction immédiate, toujours absolument indispensable, est facile à exécuter, à moins de mouvements excessivement vifs de l'œil. Avec la pointe d'une aiguille à cataracte on pique légèrement la surface externe de la coque ; elle se déplace tout de suite, et cela suffit souvent pour qu'on puisse l'ôter. Dans le cas où elle ne reste pas attachée à l'aiguille, on la retire facilement en introduisant cet instrument sous son bord. Au besoin, on peut la saisir avec une pince fine, ce qu'il ne m'a jamais été nécessaire de faire. Après son ablation, on reconnaît toujours, à l'œil nu ou à l'aide de la loupe, les dentelures de sa marge. L'endroit de la cornée qu'elle occupait présente une ulcération dont les dimensions et la forme sont à peu près celles du corps étranger, et qui en représente pour ainsi dire le moule. Cette ulcération, superficielle lorsque l'introduction est récente, est plus profonde, entourée de la couronne vasculaire déjà mentionnée, et quelquefois recouverte de bourgeons rougeâtres, ou même d'une petite végétation fongueuse (voyez *Obs.* III), quand la coque de graine a déjà séjourné dans l'œil pendant un certain temps. Même dans ce dernier cas, bien qu'un traitement plus prolongé et plus actif soit nécessaire, il est rare que la guérison se fasse attendre au delà de quelques semaines. Au contraire, très-souvent on voit l'ophthalmie résister pendant des mois entiers aux moyens les plus énergiques, tant que le corps étranger n'est pas extrait (voyez *Obs.* II). Je ne me rappelle qu'un seul cas où une pareille ulcération, persistant après l'extraction du corps étranger, ait encore gagné en profondeur et en largeur.

Obs. IV. Dans ce cas, observé par moi il y a peu de temps, il s'agissait d'une dame âgée de cinquante ans, d'une constitution très-lymphatique et qui, depuis quelque temps, n'était plus menstruée. Après l'extraction d'une

valve de semence de millet, qui était restée enfoncée, pendant dix semaines, dans la cornée, près de son bord inférieur externe, l'ulcération était beaucoup plus profonde que d'ordinaire. Elle était entourée non d'une simple couronne vasculaire, mais d'un bourrelet circulaire élevé, large de 2 millimètres, et formé de vaisseaux injectés venant de la conjonctive. Une application de 12 sangsues à la tempe, des purgatifs, le calomel à dose fractionnée, les onctions mercurielles, et finalement un collyre laudanisé, avaient produit, au bout de dix jours, une amélioration notable voisine de la guérison. La malade, forcée de faire un voyage, discontinua le traitement. Au bout de quelques jours et après l'action d'un courant d'air sur l'œil, l'ophthalmie devint de nouveau plus intense. L'ulcération s'agrandit beaucoup en largeur et en profondeur, s'entoura d'un trouble inflammatoire et d'une infiltration interlamellaire de la cornée, et résista longtemps à l'emploi des moyens les plus actifs. La malade est encore en traitement.

Dans les cas très-récents, l'enlèvement du corps vulnérant pourrait suffire à lui seul pour amener la guérison ; mais, en général, il vaut mieux avoir immédiatement recours à des fomentations d'eau froide sur les paupières fermées, à des pédiluves irritants et à un purgatif. Il n'est pas besoin d'autre traitement, quand il n'y a point encore de vascularisation considérable du pourtour de l'ulcération. Lorsque la couronne vasculaire existe, on ajoute aux moyens indiqués des purgatifs réitérés et des onctions mercurielles pratiquées au pourtour de l'orbite. L'ophthalmie est-elle plus intense et plus ancienne, la conjonctive est-elle fortement phlegmasiée et le bord de la cornée injecté dans une plus grande étendue ? on aura recours à une émission sanguine générale ou locale. Une application de douze à vingt sangsues, à la tempe du côté malade, mérite la préférence. En outre, on fera bien d'associer aux autres moyens l'usage interne du calomel à doses fractionnées (2 centigrammes une à trois fois par jour pendant trois à cinq jours consécutifs). Si l'inflammation tarde à se dissiper, quelques vésicatoires volants, appliqués au haut de la nuque ou à l'apophyse mastoïde du côté malade, accéléreront la résolution. Dans le cas d'une diatbèse scrofuleuse, d'une dysménorrhée ou d'une autre affection constitutionnelle, on emploiera comme auxiliaires les moyens spéciaux connus des praticiens, tels que les préparations d'antimoine, de barium, d'iode, les emménagogues, etc.

Lorsque l'injection de la conjonctive et de la cornée aura cessé, et qu'il ne restera plus qu'une ulcération superficielle de cette dernière, entourée d'une couronne vasculaire peu prononcée, on instillera avec avantage du laudanum, d'abord coupé d'eau, ou, mieux encore, on le portera sur l'ulcération même, à l'aide d'un pinceau fin. On pourra y associer l'usage des collyres astringents, parmi lesquels la pierre divine mérite l'avantage. Jusqu'ici je n'ai jamais eu besoin d'employer la

cautérisation de la surface ulcérée avec le nitrate d'argent, médication dont je n'ai pas, en général, à me louer dans les ulcérations de la cornée. D'après mon expérience, autant lorsque je l'ai employée moi-même que lorsque je l'ai vu employer par d'autres, elle augmente la largeur et la profondeur de la perte de substance, ainsi que l'irritation des membranes externes. Elle pourra cependant devenir nécessaire dans le cas déjà mentionné de fongosités développées sur l'ulcère ; mais il faudra la pratiquer très-superficiellement.

Sichel, D. M.

NOTE SUR LES ÉROSIONS DU COL DE L'UTÉRUS ET LEUR TRAITEMENT.

Les érosions, ainsi que le nom l'indique, servent à désigner des ulcérations dont le caractère principal est d'être tout à fait superficielles, et de se borner exclusivement à la destruction de l'épithélium ou couche muqueuse qui revêt l'extrémité vaginale du col utérin.

De forme et d'étendue variables, elles offrent une couleur d'un rouge vif ou violacé, tranchant nettement avec celle de la muqueuse du museau de tanche, ou bien leur coloration diffère peu de cette dernière ; quelquefois si superficielles, que c'est à peine si à l'aide du spéculum on peut voir que leur niveau est au-dessous de celui de la muqueuse voisine, elles paraissent aussi quelquefois déprimées légèrement, par suite de la tuméfaction de leurs bords qui sont entourés eux-mêmes d'une auréole rouge, étroite ; ou au contraire, comme chagrinée ou boursouflée, leur surface s'élève au-dessus des parties voisines.

Lorsque l'érosion est récente et très-superficielle, l'aspect qu'elle présente diffère en général très-peu de celui du reste de la muqueuse. Lorsqu'au contraire elle existe depuis quelque temps déjà et que les tissus ont été un peu plus profondément envahis, on voit une surface inégale, recouverte de bourgeons dont le volume et la disposition varient suivant les cas. Tantôt ce sont de petites saillies rouges ou violacées, serrées les unes contre les autres, dépassant de très-peu les bords de la solution de continuité sur laquelle elles sont comme ramassées ; tantôt ce sont comme des espèces de productions végétantes, rappelant assez bien les bourgeons charnus que l'on trouve à la surface des plaies qui suppurent et qui, dans certains cas, peuvent prendre un développement considérable, devenir fongueuses et mollasses blafardes ou bleuâtres ; elles saignent alors au plus léger contact du doigt ou du spéculum : quelquefois il suffit du moindre effort de la malade, pour donner lieu à ces hémorrhagies qui n'ont rien de grave par la quantité de sang

écoulé au moment même, mais dont la répétition fréquente contribue, avec la sécrétion muco-purulente qui les accompagne, à un épuisement plus ou moins rapide des forces.

Quelle que soit leur forme, les érosions peuvent occuper indistinctement tous les points du museau de tanche, siéger sur l'une ou l'autre lèvre ou sur toutes les deux à la fois, envahir même la surface entière de ces deux lèvres ou reposer exclusivement sur le pourtour de l'orifice utérin. Lorsque l'érosion n'occupe qu'une des lèvres du museau de tanche, c'est le plus souvent la postérieure. Cette circonstance a été expliquée de diverses façons, dont aucune jusqu'ici n'a résisté à la critique, et tout ce qu'on peut dire c'est que, de même qu'à la bouche et aux yeux on voit la lèvre et la paupière inférieures être plus souvent que les supérieures le siége d'altérations diverses, de même aussi au col de l'utérus la lèvre postérieure est celle qui parait être le siége préféré des érosions. Lorsqu'une femme n'a point eu d'enfant, que l'orifice du canal qui conduit dans la cavité utérine est parfaitement rond, et qu'il y a, à proprement parler, absence de lèvres à l'extrémité vaginale du col; que du reste cette extrémité soit conique, arrondie, plate, creusée en entonnoir ou cupuliforme, l'érosion occupe toujours la partie la plus voisine de l'orifice. Même chez les femmes qui ont été mères et chez lesquelles le museau de tanche, ne méritant plus ce nom, présente deux lèvres largement fendues, soit que l'érosion repose sur la lèvre antérieure, soit qu'elle existe sur la lèvre postérieure, soit aussi qu'elle affecte toutes les deux à la fois, on la voit presque infailliblement siéger de préférence sur la partie voisine de l'orifice utérin; de plus, elle ne s'arrête pas là où l'œil cesse de l'entrevoir, mais elle file entre les lèvres, et remonte jusqu'à une hauteur plus ou moins grande, ainsi que j'ai eu plusieurs fois l'occasion de le constater directement par l'inspection après la mort.

Quoique le principal caractère de l'érosion soit, avec le peu de profondeur de l'ulcération, l'absence de tout changement dans le volume et la coloration du col qui se maintient le plus souvent dans ses conditions normales, il n'en est pas moins vrai que dans certaines circonstances mal déterminées, celui-ci peut offrir, en même temps que l'érosion, des altérations fort diverses. Ainsi, par exemple, autour de l'excoriation, on voit quelquefois de petites tumeurs en nombre variable, faisant un relief plus ou moins marqué, d'une grosseur qui ne dépasse pas le volume d'un grain de chènevis, tantôt d'un rouge uniforme et paraissant enfoncées assez profondément, tantôt rouges seulement à leur base, blanches et transparentes à leur sommet, et dont on peut exprimer un liquide purulent. Ces petites tumeurs sont formées, ainsi que le dit

M. Marjolin (Dict. en 30 vol.), par des follicules muqueux enflammés, elles peuvent donner lieu à de petits abcès, à des kystes remplis de matière puriforme. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer ce genre d'altération sur le vivant; dans les quelques autopsies que l'on fait à l'hôpital de Lourcine, j'ai même trouvé dans la cavité du col de petites tumeurs en tout semblables à celles que je viens de décrire, et une inspection attentive m'a convaincu de la réalité du mode de formation indiqué par M. Marjolin. Dans ces cas, en effet, ces petites tumeurs, assez nombreuses et assez rapprochées les unes des autres au voisinage de l'extrémité vaginale du col, devenaient plus rares à mesure qu'on remontait vers le corps de l'utérus, la rougeur et l'induration de leurs bases allaient en diminuant dans le même sens, et on finissait par trouver plus ou moins loin les follicules muncipares un peu rouges, saillants, engorgés, mais parfaitement reconnaissables, et renfermant dans leur cavité un liquide semblable à celui qui était sécrété pendant la vie.

Le col utérin peut offrir aussi des changements notables sous le double rapport de sa grosseur et de sa consistance; plus dur quelquefois et comme trop volumineux pour la membrane muqueuse qui paraît fortement tendue sur lui, il est d'autres fois au contraire, quoique hypertrophié, d'une mollesse remarquable; ce changement ne s'observe que chez les femmes qui ont eu des enfants; les deux lèvres du col ont alors un aspect tout particulier; elles sont boursouflées et comme infiltrées dans leurs couches les plus concentriques; fortement déjetées en sens contraire, l'antérieure d'arrière en avant, la postérieure d'avant en arrière, elles s'écartent l'une de l'autre, et présentent, comme l'a dit M. Marjolin, la forme d'un champignon ou d'un cône dont le sommet serait dirigé vers le corps de l'utérus. Enfin avec les érosions coïncident souvent des déplacements plus ou moins marqués de la matrice. Il faut ajouter de suite qu'on ne les observe guère que chez les femmes qui ont eu des enfants, et que c'est à cette dernière circonstance, et non à l'influence des érosions, que ce genre de complication doit être rapporté. Du reste, parmi ces déplacements, les plus fréquents, sans contredit, sont l'abaissement simple et l'antéversion.

La chute de l'épithélium, suite d'un travail phlegmasique plus ou moins intense, est quelquefois le seul phénomène qui précède l'érosion; c'est ce qu'on observe surtout chez les jeunes filles atteintes de vaginite aiguë, à la suite d'un premier coït; c'est dans ces cas, dont on est souvent témoin dans les hôpitaux spéciaux, et surtout à celui de Lourcine, que l'on trouve également les érosions les plus superficielles, et rien ne saurait en donner une meilleure idée que ces légères exulcérations

produites par le jus de la pipe à la face interne des lèvres; dans d'autres cas, et principalement chez les femmes qui ont souffert plusieurs fois les approches de l'homme, on voit les érosions naître sur des rougeurs en plaques ou pointillées, sur des vésicules analogues aux aphthes de la muqueuse buccale, dont le rapprochement et l'ulcération successive finissent par produire une surface érodée plus ou moins étendue. Ces rougeurs et ces aphthes ne donnent cependant pas infailliblement naissance à des érosions; elles peuvent guérir, quelquefois même assez facilement, sans être suivies d'aucun phénomène morbide.

Une fois formées, les érosions se révèlent par divers signes, auxquels il est difficile de se méprendre et que tout le monde connaît trop bien pour qu'il ne soit pas superflu de les indiquer ici. Parmi eux cependant il en est un qui mérite une attention toute particulière, parce que, dans un grand nombre de cas, il est le seul qui traduise au dehors l'existence d'une érosion, c'est l'écoulement; quoiqu'il puisse manquer lorsque l'affection se borne à une très-légère excoriation de l'épithélium qui recouvre la portion vaginale du col utérin, on doit dire que de tous les signes, c'est lui qui fait le moins souvent défaut, lui qui, par son abondance et les différentes colorations qu'il présente, attire presque toujours en premier l'attention des malades, et c'est principalement pour s'en voir débarrassées qu'elles viennent demander conseil. A l'état sain, la muqueuse qui recouvre le museau de tanche, aussi bien que celle qui tapisse l'intérieur de la cavité du col et du corps de l'utérus, est le siége d'une sécrétion médiocrement abondante et à peine remarquée des femmes, de celles même qui prennent de leur personne le soin le plus minutieux. Le liquide, ainsi produit dans les follicules qui existent surtout en grand nombre dans la cavité du col, est incolore, transparent et comme vitriforme, d'une consistance et d'un aspect qui le rendent comparable au blanc d'œuf cru, ou à une solution épaisse de gomme arabique; sa viscosité est variable; il faut dire cependant qu'en général il adhère assez intimement au pourtour de l'orifice du col et sur la lèvre postérieure, d'où il n'est pas toujours facile de le détacher. Survient-il quelque altération dans l'état organique de la surface du museau de tanche ou de celle de la cavité du col, aussitôt apparaissent dans le produit de la sécrétion des changements qui sont, jusqu'à un certain point, l'image fidèle de ceux qu'a subis l'organe lui-même; ces changements portent à la fois et sur la quantité et sur les autres caractères indiqués plus haut.

Ainsi, dès que le museau de tanche devient le siége de rougeurs un peu vives, la quantité du produit de sécrétion augmente immédiate-

ment ; ce phénomène se manifeste principalement lorsqu'à ces rougeurs succèdent des érosions, d'autant plus abondantes en général, que les érosions présentent plus d'étendue ; l'écoulement augmente surtout à mesure qu'elles se rapprochent de l'orifice du col, et il n'est jamais plus fort que lorsqu'elles se prolongent dans sa cavité. En même temps que le liquide sécrété devient plus abondant, il offre de notables changements sous le rapport de ses qualités physiques. Au lieu de ressembler, comme je l'ai dit, à une solution de gomme épaisse, mais transparente, et qui fait que l'orifice utérin, chez les femmes qui n'ont point eu d'enfant, reste parfaitement noir par suite de l'absorption des rayons lumineux, et représente assez exactement l'ouverture pupillaire de l'œil, il commence par prendre une teinte blanche opaline plus ou moins marquée ; à mesure que l'érosion s'étend en surface et en profondeur, ou même par le seul fait de sa durée, la teinte blanche devient de plus en plus opaque, rappelant alors l'albumine qui a subi un léger degré de coagulation ; à cette teinte blanche succède bientôt une coloration jaune, se manifestant d'abord par stries puriformes qui se détachent encore et apparaissent isolément sur un fond semi-albumineux, mais qui, en devenant plus nombreuses, se rapprochent les unes des autres, finissent par se confondre et par donner à la matière qui sort de l'ouverture du col l'aspect d'un véritable crachat de la bronchite à la période de coction. Rarement trouve-t-on quelques stries sanguinolentes mélangées à cette matière muco-purulente.

Dans quelques cas, le catarrhe utérin ne présente pas, dans toutes les parties que l'on peut apercevoir, des caractères uniformes. Ainsi, lorsque l'érosion est bornée à la lèvre postérieure et ne pénètre point dans la cavité du col, la portion du catarrhe, qui sort immédiatement de l'orifice est d'une diaphanéité parfaite, tandis que plus bas, au niveau même de l'érosion, elle devient opaque, probablement par suite de son mélange avec la matière sécrétée par cette dernière. Quelquefois aussi, lorsque l'ulcération a son siége au pourtour de l'orifice, et qu'on cherche à en extraire l'espèce de bouchon muqueux qui l'oblitère, celui-ci se laisse attirer et offre alors son extrémité inférieure, celle qui correspondait à l'érosion, opaque et de couleur purulente ; son extrémité supérieure, au contraire, est transparente, et offre toutes les conditions du mucus normal ; on rencontre aussi souvent un état tout à fait inverse, dans lequel on ne trouve de purulent que la portion du catarrhe qui sort immédiatement de la cavité du col, et il est facile de comprendre combien ces diverses circonstances ont d'utilité pour faire reconnaître si l'érosion remonte ou non jusque dans l'intérieur du col utérin.

Les érosions utérines peuvent exister longtemps sans être accompagnées de symptômes généraux ; ils manquent donc dans un bon nombre de cas ; mais, lorsqu'ils viennent à se montrer, ce serait à tort qu'on les attribuerait à l'altération matérielle du col. La cause en est plutôt, selon nous, dans l'écoulement dont l'abondance et la durée ont, sur leur apparition et leur degré d'intensité, une influence incontestable ; et c'est alors qu'on voit survenir ces dérangements des fonctions digestives, ces troubles de l'innervation signalés par tous les auteurs. Les malades peuvent aussi éprouver des douleurs variables par leur caractère et leur intensité, dans les lombes, à l'hypogastre, dans les fesses et dans les aines ; tantôt sourdes et profondes, tantôt aiguës et agaçant vivement le système nerveux, elles produisent quelquefois la sensation d'un poids qui porterait sur le périnée. Nulles cependant, en général, dans les cas les plus nombreux où l'érosion constitue à elle seule toute la maladie, je les ai fréquemment trouvées, au contraire, dans ceux où à l'érosion se joignait un degré notable d'abaissement ou d'antéversion ; et de ces observations il résulte, à mon avis, que ces douleurs doivent être regardées, non comme la conséquence immédiate des érosions qui existent le plus ordinairement sans elles, mais bien comme étant dues aux changements de volume et de position éprouvés par la matrice.

Une fois formées, les érosions utérines n'ont aucune tendance à guérir spontanément ; quelques-unes résistent parfois, pendant assez longtemps, au traitement le mieux entendu ; cependant celui-ci finit toujours par en triompher. On observe alors, dans la cicatrisation de ces petits ulcères, les mêmes phénomènes, les mêmes périodes qui signalent celle des ulcérations cutanées. Ainsi, on voit les bords de l'érosion s'aplatir en s'amincissant, sa surface s'affaisser et se mettre de niveau avec les parties voisines, une pellicule extrêmement fine et facile à rompre, représentant une muqueuse nouvelle, s'avancer peu à peu de la circonférence vers le centre, sous forme d'une bande mince, légèrement violacée, dont la couleur se dessine assez nettement sur celle du museau de tanche. Cette bandelette, faisant ainsi des progrès journaliers, circonscrit et resserre la portion restante de l'érosion, qu'elle finit par recouvrir entièrement. On trouve alors cette dernière remplacée par une membrane de formation nouvelle, véritable cicatrice, dont la teinte violacée persiste assez longtemps. Il arrive quelquefois que la cicatrisation ne suit pas une marche uniformément croissante ; ainsi, on voit des érosions guérir presque en totalité au bout d'un temps assez court, tandis qu'avec les mêmes soins et les mêmes moyens la portion restante exige, pour se cicatriser, le double du temps qu'il avait fallu

pour obtenir la guérison de la première, sans qu'il soit possible de trouver la raison d'une pareille différence. On peut présumer par analogie que la cicatrisation des érosions qui siégent dans la cavité du col se fait de la même manière que celle des érosions qui occupent les parties visibles de cet organe. Cependant il est une circonstance importante à noter : c'est que, s'il faut beaucoup de temps, en général, pour arriver à la guérison de ces dernières, les autres en exigent bien davantage encore. De même que le catarrhe est, par ses différents caractères, l'expression assez fidèle des diverses altérations dont le museau de tanche est le siége, de même aussi on peut y suivre, comme pas à pas, les améliorations produites par le traitement. Ne changeant dans aucune de ses conditions, tant que l'érosion demeure stationnaire, il commence, si celle-ci tend à la guérison, par devenir plus muqueux, quoique encore d'une couleur jaune bien prononcée ; à mesure que l'état local s'améliore, sa quantité diminue ; sa couleur, uniformément purulente, disparaît également pour être remplacée par des stries jaunes de moins en moins nombreuses, auxquelles succèdent des traînées blanches, ressemblant à de l'albumine légèrement coagulée ; et enfin, lorsque la cicatrisation est achevée, le produit de sécrétion a recouvré l'aspect gommeux et la transparence qui lui sont naturels. Le catarrhe utérin suit donc ici, en sens inverse, les différents états par lesquels nous l'avions vu passer pendant la période de progrès de l'érosion. Il arrive quelquefois qu'après la cicatrisation de cette dernière et le retour du produit de la sécrétion à ses qualités normales, celle-ci continue à s'effectuer avec plus d'abondance que de coutume ; le liquide qui s'écoule alors de l'orifice utérin est plus fluide et moins visqueux que d'habitude.

Ce serait ici le lieu d'indiquer les diverses espèces d'érosions et les signes qui ont été attribués par les auteurs à chacune d'elles. Cette tâche devant nous entraîner au delà des limites que nous nous sommes imposées dans cet article, et n'ayant, disons-le, aucune espèce d'utilité pratique, nous croyons plus avantageux de terminer en indiquant le traitement qui nous a le mieux réussi dans la grande majorité des cas. Pour nous, comme pour beaucoup d'autres, le traitement par les caustiques est le traitement par excellence, et, entre tous, c'est au nitrate d'argent fondu et au caustique de Vienne que nous donnons la préférence. Disons de suite que si celui-ci réussit à merveille dans les cas où la surface ulcérée repose sur des tissus mous, engorgés, fongueux, saignant avec facilité, et lorsqu'il y a lieu de retrancher rapidement une partie de ces fongosités, on doit lui substituer le nitrate d'argent en solution dans l'eau, lorsqu'il ne s'agit pas de détruire les tissus sur esquels repose l'ulcération, mais bien d'en modifier la manière d'être,

et d'imprimer à leur vitalité un degré d'activité dont ils sont dépourvus, et sans lequel on ne peut voir survenir la cicatrisation de l'érosion et la résolution de l'engorgement des parties qui la supportent.

La solution dont j'ai le plus souvent été à même d'étudier les effets, soit entre les mains de M. Chassaignac, soit entre les miennes, contient 5 grammes de nitrate d'argent cristallisé pour 32 grammes d'eau distillée. On la porte sur le museau de tanche, à l'aide d'un pinceau de charpie, le spéculum ayant été introduit auparavant. Lorsque l'ulcération remonte jusque dans la cavité du col, on y fait pénétrer un pinceau plus fin, imbibé de la solution. Celle-ci coagule le mucus, qui s'extrait plus facilement ainsi; il y a alors avantage à reporter un second pinceau chargé de solution dans la cavité du col, où on le laissera pendant quelques secondes, en le faisant tourner légèrement sur son axe, afin que tous les points de l'ulcération soient touchés par lui. Le nitrate d'argent ainsi employé est un caustique peu énergique; blanchissant les parties ulcérées, il n'en détruit qu'une couche excessivement mince, dont la séparation se fait si promptement, qu'il m'est souvent arrivé, en examinant au spéculum des malades qui avaient été cautérisées cinq ou six heures auparavant, de trouver déjà complétement détachées les escarres superficielles produites par la solution; à leur place se montrent alors les surfaces ulcérées, plus rouges, plus animées, il est vrai, qu'auparavant; mais le museau de tanche n'est pas plus sensible; il n'y a aucun phénomène de réaction générale ou locale lorsque la solution a été portée dans l'intérieur du col. Il faut dire de plus que cette solution semble n'exercer son action caustique que sur les surfaces dénudées, et qu'on ne voit jamais la chute de l'escarre qu'elle a produite laisser une plaie plus grande que celle qui existait auparavant; bien mieux, lorsque la cicatrisation a commencé à se faire et qu'on vient à appliquer la solution sur la portion restante de l'érosion, celle-ci seule est cautérisée, et la cicatrice demeure intacte alors même qu'elle a été touchée par le pinceau. Si les parties qui supportent l'ulcération sont molles et engorgées, la solution agit sur elles à la manière d'un astringent énergique, et non pas seulement comme caustique. C'est ainsi qu'il m'est arrivé de voir le museau de tanche, boursouflé et distendant la muqueuse qui le recouvre, se crisper au contact de la solution et offrir à sa surface des rides qui indiquaient manifestement une diminution dans le volume des parties sous-jacentes. Il n'y a d'ailleurs aucune précaution à prendre lorsque la cautérisation vient d'être pratiquée de cette façon; les injections ne sont pas, comme avec le nitrate acide de mercure, nécessaires pour entraîner la portion du caustique qui aurait pu couler sur les parois du vagin.

Toutes ces raisons doivent, selon nous, faire presque toujours accorder la préférence au nitrate d'argent dissous dans l'eau ; un seul cas, peut-être, exige l'emploi d'un caustique plus énergique, c'est celui où l'ulcération revêt la forme fongueuse et repose sur des parties molles, bleuâtres, engorgées. La solution de nitrate d'argent suffit bien encore ici, comme j'en ai plusieurs exemples ; mais il faut un temps si long et des cautérisations si souvent répétées, avant d'arriver à la guérison définitive, qu'il y a avantage réel à employer le caustique de Vienne solidifié, ou mieux encore le fer rouge, dont l'action est plus limitée, plus rapide, dépourvue de douleur, et ne détermine point d'accident lorsqu'on s'y prend convenablement, ainsi que le prouvent la pratique journalière de M. Jobert et les observations rapportées dans la thèse de M. Laurès.

F. DE SAINT-LAURENT, D. M.

DÉSARTICULATION COXO-FÉMORALE PRATIQUÉE POUR UNE EXOSTOSE VOLUMINEUSE ET COMPLIQUÉE DU FÉMUR DROIT ; SUCCÈS REMARQUABLE D'ÉTHÉRISATION.

Par M. HÉNOT, chirurgien en chef, premier professeur de l'hôpital militaire d'instruction de Metz.

C'est à la chirurgie militaire que revient en grande partie l'honneur d'avoir définitivement introduit dans la pratique cette grave opération, la désarticulation coxo-fémorale. Les guerres de l'Empire sont venues lui fournir de nombreuses occasions de donner des faits à l'appui du jugement prononcé en 1759 par l'Académie de chirurgie en couronnant le Mémoire de Barbet, sur la possibilité de cette opération lorsqu'elle restait comme unique ressource pour sauver la vie à un malade. Bien que l'on connaisse plus de vingt cas de succès, celui que l'habile chirurgien en chef de l'hôpital de Metz vient de présenter à l'Académie de médecine et à l'Institut est trop complet pour que nous le passions sous silence.

Le nommé Josion, soldat infirmier, âgé de vingt-six ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique sanguin, doué d'un excellent moral, était atteint, depuis près de trois années, d'une exostose volumineuse, fusiforme, éburnée, occupant le fémur droit jusqu'aux trochanters. Cette tumeur était compliquée d'altération organique profonde et de destruction partielle du système médullaire du fémur, de fistules perforantes de cet os, d'abcès symptomatiques, de fièvre hectique et de marasme commençant. La désarticulation coxo-fémorale était la seule ressource qui restât pour sauver la vie du malade.

Avant de procéder à cette opération, M. Hénot convoqua en consultation MM. les professeurs et quelques officiers de santé de l'hôpital militaire d'instruction de Metz et de la garnison, en présence de MM. Bégin et Michel, inspecteurs du service de santé militaire. La majorité des consultants se prononça contre l'opération ; quelques-uns se récusèrent ; le plus petit nombre l'adopta avec restrictions. M. Hénot persista dans l'opinion qu'il avait émise de la nécessité de l'opération ; sa conviction entraîna sa détermination, et il résolut de la pratiquer sous sa responsabilité. Il eut recours préalablement à l'éthérisation pour suspendre les douleurs excessives de cette grave amputation. Ce moyen ingénieux, qu'il avait déjà employé plusieurs fois avec succès, réussit parfaitement dans cette circonstance importante où il fut appliqué sans doute pour la première fois.

Voici de quelle manière fut pratiquée l'opération, et quelles en furent les suites. Nous laissons parler l'auteur.

« Je pratiquai cette désarticulation le 25 mai dernier : je fis choix de la méthode à lambeaux, et particulièrement du procédé à lambeaux antérieur et postérieur de Béclard, procédé qui jusqu'alors n'avait pas été appliqué sur le vivant, à ma connaissance. Je crus devoir le modifier en donnant plus de longueur au lambeau postérieur qu'à l'antérieur, dans une proportion excédante d'un tiers environ pour le premier, de manière qu'il embrassât complétement la région ischiatique après la réunion de la plaie et que la cicatrice de celle-ci fût placée en avant.

« Cette amputation ne présenta d'autre accident qu'une hémorrhagie effrayante due à l'inefficacité de la compression provisoire de l'artère crurale sur le pubis. Elle fut instantanément arrêtée par la compression directe et la ligature de cinq artères. L'opération, y compris les ligatures, fut faite en cinq minutes trente secondes. Le malade déclara n'avoir pas souffert et avoir rêvé qu'il exerçait son ancienne profession de tisserand. La plaie fut réunie sans efforts et avec soin, à l'aide de six points de suture entrecoupée. A partir de l'opération, il n'est survenu aucun accident important. La plaie s'est réunie par première intention, dans les quatre cinquièmes au moins de son étendue, et cette réunion immédiate était d'autant plus remarquable, que cette plaie avait environ 25 centimètres de longueur et autant en largeur et en profondeur. Les ligatures tombèrent du dix-huitième au quarante-quatrième jour, dans le cours de la période de suppuration articulaire. Pendant la dernière période, une suppuration modérée, peu consistante, entretenue par le travail organique de réparation et de cicatrisation de la cavité cotyloïde, s'est maintenue pendant six semaines à

travers trois fils étroits qui traversaient la cicatrice du moignon. Cette suppuration, devenue séreuse, s'est tarie insensiblement; les ouvertures se sont fermées successivement, et la cicatrisation définitive de la plaie a été complète le quatre-vingt-dixième jour de l'opération (le 23 août).

« Le moignon est ovale, arrondi, charnu; la cicatrice qui le parcourt dans le sens transversal, un peu antérieur, est étroite, régulière, déprimée en deux points et très-solide; elle présente 22 centimètres d'étendue; elle offre des conditions très-avantageuses pour les fonctions du moignon et pour l'application des moyens de prothèse. »

M. Hénot fait suivre la relation de ce fait intéressant de réflexions et de considérations générales sur la désarticulation coxo-fémorale, qui se résument dans les conclusions suivantes :

« 1° Les faits authentiques de guérisons obtenues après la désarticulation coxo-fémorale doivent encourager les praticiens à recourir à cette ressource chirurgicale, extrême dans les cas graves où elle est indiquée.

« 2° Le conseil donné par Larrey de préférer cette désarticulation à l'amputation dans la continuité de la cuisse à sa partie la plus élevée, entre les trochanters, est un précepte judicieux confirmé par l'expérience.

« 3° La méthode à lambeaux est essentiellement pratique, puisqu'elle réunit les principales conditions de succès. Les divers procédés de cette méthode s'adaptent d'une manière satisfaisante à la configuration de la hanche et à la profondeur de son articulation; ils sont propres à favoriser la réunion de la plaie, à prévenir ou à modérer l'arthrite coxale, et à obtenir une cicatrice convenable pour la prothèse. Chacun d'eux est de nature à être employé d'une manière utile, selon les indications traumatiques ou pathologiques.

« 4° Le procédé à lambeaux antérieur et postérieur de Béclard offre, au moyen de quelques modifications, des avantages immédiats et consécutifs incontestables.

« 5° La ligature préalable de l'artère crurale commune est un acte de prudence, une excellente précaution qu'il ne faut pas négliger.

« L'expérience a sanctionné ce sage précepte, et le concours utile de l'éthérisation à l'amputation de la cuisse dans l'articulation de la hanche, rendra cette opération préliminaire plus supportable, en diminuant la durée des souffrances du malade.

« 6° L'éthérisation, cet auxiliaire bienfaisant de l'art chirurgical, est parfaitement indiquée dans la désarticulation coxo-fémorale, opération caractérisée par la rapidité de son exécution et par l'acuité des douleurs

qui l'accompagnent. Josion a offert un succès remarquable de l'application de cette précieuse ressource à cette grande mutilation.

« 7° La réunion immédiate de la plaie doit toujours être tentée avec soin : elle est nécessaire, en grande partie au moins, pour éviter les accidents dangereux de la suppuration. Chez mon opéré, elle a été obtenue en trois jours; elle était consolidée le dixième. C'est un des faits les plus remarquables d'une blessure aussi étendue et aussi profonde réunie par première intention. L'arthrite suppurative du cotyle retardant la guérison, il faut s'attacher à recouvrir complétement cette cavité articulaire et à la préserver du contact de l'air ; il serait sans doute avantageux d'exciser le bourrelet cotyloïdien pour hâter le travail de cicatrisation de la région coxale. Il est important enfin de disposer les lambeaux de manière que la cicatrice soit transversale et antérieure, dans le but de favoriser les fonctions du moignon et l'usage d'un appareil mécanique.

« 8° La désarticulation coxo-fémorale, comparée à l'amputation de la cuisse dans sa continuité, peut guérir à peu près dans les mêmes limites de temps, condition favorable de durée, eu égard à la différence d'étendue et de profondeur résultant de ces deux modes opératoires.

« Les lésions traumatiques récentes et graves, ainsi que les altérations organiques incurables siégeant les unes et les autres à la cuisse, fournissent les indications de cette amputation. Pratiquée pour les premières, elle a été rarement suivie de succès ; cependant elle ne doit pas être négligée, même dans les cas très-graves, puisqu'elle a réussi, et que l'expérience indiquera sans doute des conditions plus favorables à son application aux lésions traumatiques. Employée pour les maladies chroniques et incurables, elle offre plus de chances de guérison, quand les sujets ne sont pas épuisés par la fièvre hectique et qu'il n'y a pas complication de diathèses constitutionnelles ou d'affections viscérales irremédiables. »

CHIMIE ET PHARMACIE.

DES POIRES.

Il arrive souvent que de belles et bonnes poires, dites Doyenné, prennent en peu de jours une odeur particulière et une amertume insupportable.

Si on examine au microscope les granules qui composent la pulpe charnue de ces fruits, on reconnaît qu'elles ont perdu la couleur, la

forme, et l'adhérence propres aux granules des fruits bien conservés.

L'analyse m'a démontré que cette amertume est due à un alcali que je nomme pyrine. Cet alcali se combine aux acides pour former des sels qui ont l'amertume du fruit. Dans un article spécial, je donnerai l'historique de cette substance. STAN. MARTIN, pharm.

PROCÉDÉ NOUVEAU POUR LA PRÉPARATION DE L'ACIDE FORMIQUE.

L'emploi de l'acide formique contre la paralysie, le rhumatisme et les douleurs goutteuses vagues semble prendre de l'extension. Nous allons faire connaître le nouveau mode de préparation de cet acide, proposé par M. Cloez.

Depuis que Dobœreiner a trouvé moyen de préparer artificiellement l'acide formique en distillant l'acide tartrique, ou le sucre, avec de l'acide sulfurique et du peroxyde de manganèse, on ne prépare plus cet acide par la distillation aqueuse des fourmis.

Le procédé de M. Cloez repose sur les mêmes principes que celui de Dobœreiner; mais il en diffère essentiellement quant à la manière dont l'opération doit être conduite.

On prend 500 grammes de fécule et 2,000 grammes de peroxyde de manganèse pulvérisé ; on fait un mélange exact de ces deux matières, et on le jette dans la chaudière d'un alambic d'une contenance de 25 à 30 litres; on verse dessus un litre d'eau, on remue avec une baguette, et on ajoute finalement 2 kilogr. d'acide sulfurique, étendu préalablement de 2 litres d'eau. Pour que la réaction s'établisse, il faut chauffer à 100°. L'effervescence est beaucoup plus faible que lorsqu'on n'emploie pas la quantité d'eau indiquée; la distillation est aussi bien plus régulière. Lorsqu'un litre de liquide acide se trouve dans le récipient, on ajoute un litre d'eau bouillante au résidu ; et en continuant ainsi de tenir toujours la même quantité d'eau dans l'alambic, en ajoutant successivement une quantité égale à celle qui distille, on évite la trop grande concentration de l'acide sulfurique, et par suite la formation de l'acide sulfureux. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'on peut recueillir ainsi jusqu'à 12 ou 15 litres de liquide très-acide.

Pour reconnaître le titre du liquide acide on en traite une quantité donnée par le carbonate de soude. La moyenne du produit obtenue par l'auteur est, pour 500 gram. de fécule, de 412 gram. d'acide formique monohydraté, équivalant à 483 gram. de carbonate de soude sec. Par le procédé Dobœreiner, on retire seulement la moitié de cette quantité d'acide.

Nous avons dit, en commençant, que l'emploi de l'acide formique semblait prendre de l'extension. Nous devons faire remarquer cependant que c'est aux préparations avec les fourmis, à l'alcoolé par exemple, que cela est applicable plutôt qu'à l'acide formique pur.

SUR LA PRÉPARATION EXTEMPORANÉE DU CHLORE LIQUIDE.

Le chlore, comme médicament et même comme agent chimique en pharmacie, est fort peu usité ; d'un autre côté, il est d'une fort mauvaise conservation. Un bon moyen de l'obtenir extemporanément dans les rares occasions où l'on peut en avoir besoin est donc une chose utile à connaître.

M. Kollmayer vient de faire connaître (Répertoire de Buchner) un procédé pour préparer en quelques minutes, selon lui, de l'eau chlorée (chlore liquide) en toute proportion et parfaitement pure. Voici en quoi il consiste :

Dans une fiole à médecine ordinaire, de la capacité d'une once, on introduit 0 gram. 50 de chlorate de potasse, et 0 gram. 75 d'acide chlorhydrique du commerce, d'une densité de 1,12. A la température ordinaire, le chlore commence à se dégager aussitôt que les deux corps se trouvent en contact ; mais on peut rendre le dégagement plus rapide en tenant la fiole à la main. On adapte promptement au col du vase, au moyen d'un bouchon percé, un tube à deux branches, dont la branche libre plonge jusqu'au fond d'une fiole contenant 125 gram. d'eau à $+12^{\circ}$ R., mais d'une capacité double du volume du liquide. En dix ou quinze minutes, il se dégage tant de chlore que non-seulement l'eau en est saturée, mais qu'en outre la partie vide de la bouteille se trouve remplie de gaz. On enlève la bouteille, on la bouche, on secoue le liquide et on obtient un produit aussi concentré que possible.

Mais ce procédé n'a pas, selon nous, toute la simplicité que l'on peut désirer ; nous lui préférons donc le suivant, indiqué par la Pharmacopée d'Edimbourg, et que nous avons fait connaître ailleurs : on prend chlorure de sodium 3,0, acide sulfurique 6,0, oxyde rouge de plomb 8,0, eau 192,0 ; on triture le chlorure avec l'oxyde, on les met dans l'eau contenue dans un flacon à l'émeri, on ajoute l'acide et on agite de temps à autre, jusqu'à ce que l'oxyde soit presque devenu blanc ; on conserve sur le dépôt. Il faut quelques heures pour que la réaction soit complète. La petite quantité de sulfate de soude qui reste en solution ne peut pas nuire à l'action médicinale du chlore.

Un moyen plus simple encore pour obtenir facilement l'hydro-

chlore à peu près pur, est d'employer, en place du chlorure de sodium, le chlorure de calcium ou celui de chaux, en modifiant, bien entendu, la dose d'acide sulfurique conformément à l'équivalent chimique de l'un ou de l'autre de ces deux composés calciques : le chlore sort de sa combinaison avec le calcium ou son oxyde pour se dissondre dans l'eau, tandis que le calcium s'oxyde s'il ne l'est déjà, et s'unit à l'acide sulfurique pour former du sulfate de chaux insoluble, qu'on peut séparer par décantation.

Avec le chlorure d'oxyde, l'intervention de l'oxyde rouge de plomb n'est pas indispensable, on peut le traiter tout simplement par l'acide.

ÉLIXIR DE GARUS PAR MACÉRATION.

L'élixir de garus, cette ancienne liqueur pharmaceutique, est, comme chacun le sait, un alcoolat obtenu en distillant de l'alcool sur de l'aloès, du safran, de la myrrhe, de la cannelle, du girofle, des muscades, auquel on ajoute un macéré de safran dans l'hydrolat de fleurs d'oranger, puis du sirop de capillaire. Pour simplifier la préparation de cette liqueur, en évitant la distillation, M. Hayère propose de la préparer par macération ; mais, en apportant cette modification, il en apporte une autre capitale, celle de supprimer quelques substances de la recette adoptée, et, au contraire, d'en ajouter quelques autres ; de telle sorte que M. Hayère eût été, ce nous semble, plus exact en donnant à sa préparation une autre dénomination. Quoi qu'il en soit, la nouvelle recette nous paraissant donner une liqueur agréable, et possédant les propriétés que l'on peut rechercher dans l'élixir de Garus des pharmacopées, nous allons la faire connaître.

Safran.	ãã 5 grammes.
Cannelle de Ceylan	
Muscade.	
Girofle.	3 grammes.
Vanille.	ãã 2 grammes.
Badiane.	

On pulvérise grossièrement ces six substances, et on les fait macérer pendant quatre jours dans :

Alcool à 60° centig.	4000 grammes.

En agitant de temps en temps. On prend d'autre part :

Capillaire du Canada mondé.	4 grammes.
Thé vert.	4 grammes.

Thé noir à pointes blanches. . 4 grammes.
Verveine odorante. . . . . . 1 gramme.

On verse sur ces quatre substances :

Eau bouillante. . . . . . . 2000 grammes.

On laisse infuser douze heures, on passe et on filtre sur un vase contenant :

Sucre blanc cassé. . . . . . 2200 grammes.

Après quatre jours de macération, on ajoute la liqueur alcoolique filtrée, et en outre :

Eau de fleurs d'oranger de Paris 250 grammes.

On filtre la liqueur en dernier ressort. L'auteur préconise avec raison, à cet effet, la méthode Démarest, c'est-à-dire la filtration au papier réduit en pâte. DORVAULT.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ DANS L'ÉCLAMPSIE DES FEMMES ENCEINTES. — BONS EFFETS DU SEIGLE ET DU CAMPHRE.

Depuis le commencement de février dernier, la femme Blondeau, âgée de vingt-quatre ans, enceinte de huit mois, d'une constitution lymphatico-sanguine, se plaignait d'une céphalalgie frontale très-intense, lorsque le 11 du même mois, vers les neuf heures du matin, et cela sans cause connue, elle fut prise d'une attaque de nerfs : léger étourdissement, quelques convulsions dans les muscles de la face, impossibilité momentanée de se mouvoir, sans perte de connaissance. Cette légère attaque, qui ne dura que cinq ou six minutes, et laissa bientôt à la malade la possibilité de reprendre ses occupations, fut suivie, vers les onze heures de l'avant-midi, d'une seconde plus intense et plus longue; et enfin, à cette dernière succédèrent, de deux heures en deux heures à peu près, quatre autres attaques de plus en plus violentes. Dans l'intervalle des attaques, la malade tombait dans un coma profond dont on ne la tirait qu'avec difficulté. J'arrivai auprès de la malade à huit heures du soir, et voici l'état dans lequel je la trouvai : la sixième attaque venait de se déclarer ; la face était turgescente, la respiration stertoreuse, et une large nappe de bave sanguinolente sortait de la bouche de la malade; les convulsions les plus violentes agitaient tous les muscles *pleins* du corps; la perte de connaissance et l'anesthésie étaient com-

plètes ; les battements du cœur étaient fréquents et faibles, le pouls radial ne pouvait pas être perçu ; les membres inférieurs étaient froids et humides ; la chaleur de la tête était augmentée, et celle du reste du corps se trouvait à l'état normal. Le toucher opéré pendant cette attaque me donna tous les signes d'une grossesse arrivée au huitième mois. Le col de la matrice était béant et n'offrait pas plus de 4 millimètres de long ; le fond de l'organe était très-voisin de l'appendice xiphoïde ; l'utérus n'offrait aucune trace de contractions.

Les parents, interrogés sur les antécédents de la malade, me fournirent les renseignements suivants : jamais elle n'avait éprouvé de convulsions et jouissait habituellement d'une excellente santé ; elle était enceinte pour la seconde fois. La première grossesse s'était terminée par un avortement, arrivé, sans cause connue, vers la fin du septième mois ou au commencement du huitième mois, à partir du jour de la conception.

Je fis couvrir les membres inférieurs de larges sinapismes, et la tête d'une vessie pleine de neige. J'opérai une saignée à chaque bras, et j'obtins avec peine 400 grammes de sang. Après les saignées, comme l'attaque n'était point terminée et que la face était toujours excessivement rouge, j'appliquai quinze sangsues au cou. Pendant cette application de sangsues, l'attaque cessa ; la respiration revint à son état normal, la face se décolora quelque peu, le pouls radial reparut, et la malade tomba dans un coma profond. Ce coma dura environ un quart d'heure, et fut suivi d'un délire complet. En ce moment les sangsues étaient tombées, leurs piqûres ne donnaient plus de sang. La malade jetait des cris douloureux, agitait les membres et ne répondait jamais exactement aux questions qu'on lui faisait. Malgré la moutarde qui les couvrait, les membres inférieurs restaient froids ; le pouls radial, qui s'était fait sentir pendant une demi-heure, avait disparu ; la face devenait de plus en plus rouge, la peau de la tête de plus en plus chaude, et les yeux se montraient de plus en plus brillants ; le délire augmentait, et la position de la malade offrait une gravité toujours croissante. N'obtenant aucune amélioration de l'emploi de cette médication, je résolus d'avoir recours à un autre moyen.

Je résolus de tenter l'accouchement prématuré. Je touchai de nouveau la malade pour m'assurer de l'état de l'utérus ; rien n'était changé. Je fis avaler de force deux grammes de seigle ergoté, et je me préparai à rompre la poche des eaux à l'aide d'une plume d'oie, taillée comme pour écrire. Pendant que je taillais ma plume et que je faisais fixer par des aides les jambes et le tronc de la malade, celle-ci, tout en continuant de jeter des cris effrayants, portait avec force et persistance ses

mains sur les parois de son abdomen. Je prenais tout ceci pour une exacerbation dans le délire, et j'allais introduire ma plume dans le vagin avec les précautions ordinaires, lorsque, à l'aide d'une main posée sur l'abdomen de la malade, je crus m'apercevoir que l'utérus se contractait avec force. Pour m'en assurer, j'opérai le toucher, et je constatai un commencement de travail. Le col s'était complétement effacé, et les contractions de la matrice étaient vives et presque continues. J'attendis, et, chose remarquable, au bout de vingt minutes à peine, à partir du moment de l'administration du seigle ergoté, l'accouchement était terminé. Je l'avoue, j'ai bien souvent administré le seigle ergoté, mais je n'ai jamais obtenu de résultats aussi prompts.

L'enfant, maigre, pâle, n'offrait aucun signe de vie. A l'aide d'une insufflation vigoureuse, prolongée pendant une demi-heure, je parvins à établir la respiration. Tout de suite alors le cœur battit, la face se colora quelque peu, et quelques cris plaintifs se firent entendre. Enfin, l'enfant vécut quarante-huit heures, et, chose excessivement importante dans nos campagnes, on eut tout le temps de le baptiser.

Maintenant revenons à la mère. A la suite de l'accouchement et après l'extraction du placenta, il s'écoula par le vagin une certaine quantité de sang. Il y eut alors chez ma malade un instant de stupeur : les cris cessèrent, la face se décolora, et le coma sembla revenir. Mais ce ne fut là que l'affaire d'un moment; bientôt l'écoulement sanguin des parties génitales s'arrêta, le visage se colora de nouveau, et le délire reparut aussi violent que jamais. Au moment où ces symptômes alarmants se montraient dans toute leur intensité, une attaque d'éclampsie parut. Cela faisait la septième. Il était alors une heure de l'après-minuit, et, par conséquent, il s'était écoulé cinq heures depuis la sixième. Cette septième attaque ne dura que six minutes. A sa suite, le délire revint; je continuai mon traitement. J'administrai une forte dose de camphre, et je fis appliquer sur l'abdomen de la malade un large cataplasme émollient très-chaud, tout en maintenant des sinapismes aux membres inférieurs et de la glace sur la tête. A quatre heures du matin, l'écoulement des parties génitales se montra de nouveau, les membres inférieurs semblèrent reprendre leur chaleur naturelle, le délire parut diminuer de violence; les battements du cœur furent moins fréquents, et le pouls radial se laissa percevoir. Cette légère amélioration se prononça de plus en plus dans l'espace de quelques heures, de sorte qu'à huit heures du matin, moment où je quittai la malade, tous les symptômes graves avaient disparu. Le délire avait complétement cessé ; les membres inférieurs avaient repris leur chaleur normale ; les lochies s'écoulaient abondamment; le facies avait recouvré son calme habituel,

et le pouls, faible il est vrai, donnait soixante-sept pulsations par minute. Depuis, nul symptôme inquiétant ne s'est présenté, et, au bout de huit jours, la malade reprenait ses occupations ordinaires.

M'appuyant sur cette observation et sur cinq autres à peu près semblables que je possède encore, je me crois en droit de conclure que : si, dans l'éclampsie des femmes enceintes, les convulsions se montrent seulement sur les muscles pleins; si, en d'autres termes, l'avortement n'a point lieu par l'effet de la maladie elle-même, il est de toute nécessité, de la part du médecin, d'avoir recours à l'accouchement avant terme.

Pour obtenir cet accouchement avant terme, il n'est pas toujours besoin, surtout dans les derniers temps de la grossesse, d'employer les moyens locaux, manuels; le seigle ergoté, donné à très-hautes doses, de 2 à 4 grammes, suffit souvent.

Le camphre, administré dans l'éclampsie, à la dose de 2 à 4 grammes, ne produit aucun effet tant que la matrice n'est pas dans un état de vacuité; mais, après l'accouchement, il m'a toujours semblé d'une très-grande efficacité.

Arth. Plat, D. M. P.
à Azay-le-Férou (Indre).

BULLETIN DES HOPITAUX.

De la douleur dans les opérations chirurgicales. — Dans quelles circonstances convient-il ou non de l'abolir? — La douleur inséparable de toute opération chirurgicale est-elle toujours un accident, un phénomène à la fois inutile ou nuisible, qu'il faille chercher à supprimer dans tous les cas? N'y a-t-il pas des circonstances où elle est utile, nécessaire même, et où l'on agirait contre le but que l'art doit se proposer, en l'anéantissant? Ces questions, depuis fort longtemps agitées, mais qui ont un intérêt tout nouveau depuis la découverte de l'éthérisation, ont fait le sujet de la première leçon clinique de M. le professeur Roux, à l'Hôtel-Dieu. M. Roux, examinant successivement la douleur comme symptôme des maladies, comme signe diagnostique, comme phénomène inséparable des opérations de chirurgie et comme moyen thérapeutique, s'est attaché à démontrer qu'il est des circonstances où l'on ne doit point chercher à abolir les douleurs de l'opération, et où il est essentiel même que les malades les ressentent. Cela n'est douteux pour personne, en ce qui concerne, par exemple, certaines opérations ou certaines pratiques chirurgicales qui ont précisément pour objet de déterminer une douleur dont l'effet révulsif ou excitateur agit favora

blement sur la maladie. La douleur est alors un élément thérapeutique; elle n'est pas seulement utile, elle est indispensable. Mais lorsque la douleur n'est point utile comme élément de la guérison, faut-il toujours chercher à la prévenir? M. Roux n'est pas de cet avis. Maintenant que des milliers de faits ont établi l'efficacité de l'éthérisation et son degré d'utilité, il pense qu'il faut la réserver pour des opérations graves où la douleur est un épouvantail. Dans toute opération, dit-il, il y a deux sortes de douleurs : la douleur *réelle* et la douleur *morale*, ou plutôt l'appréhension de la douleur. C'est cette douleur morale, qui est surtout redoutable par son influence sur les suites et le résultat des opérations. On voit journellement les accidents les plus graves se manifester consécutivement à des opérations de peu d'importance et occasionnant peu de sooffrance, sans autre cause que l'appréhension de la douleur. Il faut donc, avant toute chose, avoir égard à la susceptibilité des sujets; il y en a qui ont à peine appréhension d'une douleur qui doit être très-vive, tandis que d'autres ont une frayeur extrême d'une douleur très-minime. Deux malades qui avaient à subir la même opération, pour une division du voile du palais, ont offert le plus frappant contraste à cet égard. L'un est un jeune homme qui a supporté l'opération avec un courage, une fermeté et une résignation à toute épreuve, tandis que chez l'autre (c'était une femme), il fut impossible d'aller au delà des premières manœuvres nécessaires pour procéder à l'opération. Voilà certainement deux cas où la disposition d'esprit des sujets était à elle seule suffisante pour guider le chirurgien. Mais on comprend qu'entre ces deux degrés extrêmes de sensibilité il y a des nuances infinies, qui rendent très-complexe l'application raisonnée des moyens de prévenir la douleur.

Nouveau moyen de faire disparaître la douleur dans les opérations chirurgicales.—Le chloroforme.—Au moment où nous mettons sous presse, l'Union médicale publie, dans son numéro du 23 novembre, un nouveau moyen de faire disparaître la douleur. Par des essais nombreux et poursuivis avec autant de zèle que de succès, M. le professeur Simpson, d'Édimbourg, vient de mettre hors de doute la propriété anesthésique du perchlorure de formyle ou *chloroforme*, composé découvert en 1831 par M. Soubeiran.

Le *chloroforme*, ou perchlorure de formyle, est un composé de chlore et de formyle (radical de l'acide formique) qui renferme sur 100 p. 88,927 de chlore, et 11,073 de formyle. Jusqu'à présent, le meilleur procédé pour l'obtenir, celui qui a été employé par M. Soubeiran, consiste à traiter l'hypochlorite de chaux par 1/24 de son vo-

ume d'alcool. Au bout de 24 heures on distille à une douce chaleur, en ayant soin de ne remplir la cornue qu'aux 2/3 pour que la masse ne déborde pas. On ajoute de l'eau au produit pour séparer de l'alcool le perchlorure de formyle, que l'on rectifie au bain-marie. Pour l'avoir parfaitement pur, on le laisse en digestion sur du chlorure de calcium et on le distille de nouveau avec de l'acide sulfurique concentré.

Si, comme on a lieu de l'espérer, les faits annoncés par M. Simpson se confirment, l'éther se verrait détrôné par une substance encore plus bienfaisante. Avec le chloroforme, plus d'odeur persistante et désagréable, plus d'irritation des bronches, que produisent souvent les premières inspirations des vapeurs éthérées ; enfin, plus de ces congestions céphaliques qui faisaient y regarder à deux fois avant de soumettre certains patients aux effets stupéfiants de l'éthérisation. Un gramme ou deux de chloroforme, versés sur un mouchoir que l'on place devant le nez et la bouche, font bénéficier le malade des effets anesthésiques de ce composé. Son action paraît plus prompte que celle de l'éther, quelques secondes ont suffi pour produire l'insensibilité complète, et son effet stupéfiant se dissipe aussi plus facilement. Après quelques minutes, les individus soumis à son influence ont pu reprendre leurs occupations ordinaires. Avant de publier sa découverte, M. Simpson dit avoir constaté les effets anesthésiques du chloroforme dans des cas nombreux et variés : avulsions de dents, ouvertures d'abcès, traitement de l'hydropisie enkystée de l'ovaire par la galvano-puncture, accouchements, opérations chirurgicales plus ou moins graves ; il l'a même administré avec succès dans des cas de névralgie et pour faire cesser les souffrances de la dysménorrhée. Nous reviendrons, dans notre prochain numéro, sur cette nouvelle découverte, dont la priorité revient à M. Flourens qui, le premier, a signalé l'action stupéfiante du chloroforme sur les animaux, dans la séance du 8 mars 1847, de l'Académie des sciences.

Oblitération complète du canal de l'urètre. — Perforation du tissu cicatriciel à l'aide d'une sonde à dard. — Guérison. — L'observation suivante se recommande non-seulement comme exemple d'une affection assez rare, mais encore par l'heureux résultat qui est venu couronner les tentatives du chirurgien. Le nommé Desruelles, ancien militaire, âgé de trente-six ans, reçut, il y a environ deux années, alors qu'il était encore aux chasseurs d'Afrique, une violente contusion sur le périnée. Une hémorrhagie eut lieu par l'urètre, et, bien que l'écoulement du sang témoignât d'une division des parois du canal, on négligea de remplir l'indication qui domine le traitement des plaies de cet

organe, l'introduction d'une sonde dans la vessie. La sonde, laissée à demeure pendant la cicatrisation de la plaie urétrale, en évacuant l'urine à mesure qu'elle sort de la vessie, éloigne ainsi la complication la plus grave qui puisse survenir, l'infiltration urineuse dans les tissus divisés et la formation d'un abcès. Notre malade n'en a pas été préservé ; la plaie ayant été abandonnée, livrée au contact irritant de l'urine, un abcès n'a pas tardé à se former dans la région contuse, puis son ouverture, par le passage des urines, s'est convertie en fistule.

Depuis son retour d'Afrique, cet homme erre d'hôpital en hôpital pour se faire débarrasser de sa dégoûtante et pénible infirmité ; ainsi, il s'est présenté successivement à la Clinique, à Necker, à Bon-Secours, à l'Hôtel-Dieu ; enfin, le 27 septembre, il fut admis à Beaujon, et placé dans le service de M. Robert. Il présentait l'état suivant : immédiatement derrière les bourses, existe une fistule étroite, qu'entourent d'énormes callosités. L'urètre est complétement oblitéré ; en avant de cette ouverture, l'on sent sous le doigt une sorte de cordon dur et de consistance fibreuse. Toutes les urines sortent par la fistule, mais avec lenteur et non sans de grands efforts de la part du malade. Quel procédé suivre pour rétablir ce canal? celui indiqué en pareil cas : inciser la portion oblitérée pour trouver le bout supérieur du canal. M. Lenoir l'avait tenté sans succès à l'hôpital Necker. M. Robert, se rappelant le peu d'épaisseur que lui avait présenté le tissu cicatriciel chez un vieux nègre affecté d'une semblable oblitération de l'urètre, et qui avait succombé quelques mois auparavant dans son service, résolut de tenter la perforation de la cicatrice, à l'aide d'une sonde à dard. Il fit construire une canule en argent, légèrement recourbée et ouverte à ses deux extrémités, de façon à donner passage à une tige métallique en acier, dont la pointe, carrée et tranchante comme celle d'un trocart, pût vaincre la résistance du tissu cicatriciel.

Le 25 octobre, M. Robert procéda à cette opération. Le malade fut placé sur le bord du lit, les cuisses écartées et demi-fléchies. La canule fut d'abord placée ; arrivée à l'obstacle, la tige métallique fut introduite, et, lorsque sa pointe fut sur la bride cicatricielle, cette tige fut fixée dans la canule à l'aide d'une vis de pression. L'opérateur saisit alors de la main gauche la verge et l'instrument, et, après s'être bien assuré que ce dernier était bien placé dans la direction normale du canal, il lui fit traverser le tissu cicatriciel avec la main droite, qui prenait un point d'appui solide sur la poitrine. Lorsque l'obstacle fut franchi, M. Robert substitua à la tige métallique une petite sonde en gomme élastique ; et, lorsqu'elle fut arrivée dans la vessie, on retira la canule d'argent, qui lui avait servi de gaîne conductrice.

Les suites de cette opération ne présentèrent pas d'accident ; elle avait été prompte et facile ; aucune effusion de sang n'eut lieu, et l'urine sortit immédiatement par la sonde. Pendant les huit premiers jours, les urines continuèrent d'être complétement évacuées par cette petite sonde. Au bout de ce temps, il fallut la changer, et M. Robert parvint à lui en substituer une un peu plus forte, beaucoup plus facilement qu'on ne le pouvait espérer. Depuis, elles ont été renouvelées plusieurs fois, et chaque fois le volume en a été augmenté ; celle que Desruelles porte en ce moment est du n° 10. L'obstacle est traité aujourd'hui comme un rétrécissement simple ; et si la dilatation ne suffit pas, M. Robert aura recours aux incisions intrà-urétrales multiples. Les callosités sont en voie très-avancée de guérison, depuis que l'urine a cessé de passer par la fistule.

Abcès par congestion ouvert dans les bronches. — Guérison. — Bien que des faits analogues au suivant aient été consignés dans les annales de la science, il est bon cependant de rapporter ceux qui se passent sous nos yeux, parce que nos moyens actuels d'observation leur donnent un degré de certitude plus positif. Nous croyons ne pas nous tromper en disant qu'il s'agit ici d'un abcès par congestion, qui s'ouvrit spontanément dans le poumon gauche après avoir déterminé une ulcération salutaire du parenchyme pulmonaire, et fut rejeté à travers les bronches. L'auscultation a donné le moyen d'observer l'établissement de la communication anormale, l'évacuation du pus et la cicatrisation de la fistule. Voici les renseignements qui nous ont été donnés par un des élèves les plus distingués des hôpitaux, M. Leudet. — Henriot, journalier, âgé de quarante-six ans, d'une bonne constitution, n'ayant jamais présenté les signes de diathèse ni tuberculeuse, ni scrofuleuse, fut admis, en février 1847, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Nélaton, pour un abcès à la marge de l'anus. Cet abcès fut ouvert, dégénéra en fistule que l'on opéra plus tard. Quand le malade quitta l'hôpital, un peu de pus suintait encore par la cicatrice. Quelque temps après le malade ressentit des douleurs plus vives dans le trajet du muscle psoas iliaque et les mouvements des membres inférieurs devinrent difficiles. Il n'existait aucune douleur le long du rachis; cette région n'avait d'ailleurs été le siége d'aucune violence. Le 21 avril, le malade fut placé dans le service de M. le professeur Chomel, à l'Hôtel-Dieu, parce qu'à cette époque il éprouvait une dypsnée intense. La palpation faisait reconnaître une collection de pus, que l'on pouvait faire cheminer dans la fosse iliaque gauche ; une tumeur semi-sphérique du volume d'une petite pomme, réductible, sans battements, existait en

arrière vers l'angle des côtes, près le huitième espace intercostal, sans altération de ces arcs osseux, ni déformation du rachis. Le 23 avril, le malade expectora, après une dyspnée très-intense, environ un demi-litre de pus, mal lié, sans traces de débris osseux. A la base du poumon gauche, l'auscultation faisait entendre un gargouillement marqué, avec souffle bronchique. Pendant dix jours environ l'expectoration de pus fut abondante, et les phénomènes stéthoscopiques persistèrent sans signes d'épanchement dans la cavité pleurale. Peu à peu l'expectoration diminua, la tumeur disparut : le souffle bronchique et le gargouillement ne se firent plus entendre. Au mois de juillet, le malade expectorait à peine une cuillerée de liquide purulent mêlé de mucosités ; la base du poumon gauche n'était point tout à fait perméable à l'air, et laissait enfin percevoir par intervalles l'existence de quelques bulles humides. Pendant le mois de septembre, la cicatrisation de la fistule pulmonaire se fit d'une façon presque complète, et le malade sortit dans les derniers jours d'octobre, dans un état de santé qui annonçait une guérison durable.

Luxation des apophyses articulaires de la douzième vertèbre dorsale et de la première lombaire. — *Anatomie pathologique.* — Les chirurgiens qui ont écrit sur les luxations de la colonne vertébrale ont nié la possibilité du déplacement des apophyses articulaires des vertèbres de la région dorso-lombaire, à moins qu'il n'existât en même temps une fracture des lames postérieures de ces vertèbres. On conçoit cette réserve en réfléchissant au mode d'union si intime, si étendue, qui réunit les divers anneaux de cette région de la colonne rachidienne. Le fait suivant vient montrer que ce déplacement peut avoir lieu sans fracture des lames vertébrales, lorsque la flexion du rachis vient à être produite par une pression assez considérable pour amener l'écrasement du corps de l'une des vertèbres. Le nommé Leroy, garçon marchand de vins, âgé de dix-neuf ans, d'une constitution grêle, était occupé le 17 août à décharger une voiture, lorsque tout à coup l'un des brancards de celle-ci lui tomba en travers sur les épaules. La voiture était si pesamment chargée (il évalua à plus de deux mille livres le poids qu'il eut à supporter), que le tronc fut fléchi en avant d'une manière complète, la partie antérieure de la poitrine vint toucher les cuisses. Renversé sur le coup, il ne put se relever, et fut immédiatement transporté à l'hôpital Beaujon. Le lendemain, à la visite, M. Robert constatait une paraplégie complète, accompagnée de paralysie de la vessie et du rectum. à la partie postérieure du tronc, au niveau de la douzième vertèbre dor sale, il existait une tumeur molle et fluctuante, formée par du sang

épanché. M. Robert, soupçonnant une fracture, fit retirer l'oreiller du malade afin de rendre à la colonne vertébrale sa rectitude. Aucun accident fébrile ne se manifesta. L'épanchement sanguin se résorba peu à peu, et nous permit de constater, vers le milieu de septembre, les désordres produits sur le squelette de cette région. Au niveau de l'union des régions dorsale et lombaire, la série des apophyses épineuses présentait une interruption de trois travers de doigt, et de chaque côté on voyait une légère saillie verticale formée par les apophyses articulaires de la douzième vertèbre dorsale. Cette disposition des os et la persistance de la paraplégie portèrent M. Robert à modifier son premier diagnostic, et à admettre une luxation en haut des apophyses articulaires de la dernière vertèbre dorsale avec écrasement du corps de la première lombaire. En présence de semblables lésions, l'examen cadavérique ne pouvait tarder longtemps, on le pense bien, à avoir lieu. Le 10 novembre, en effet, ce malade a succombé, et l'autopsie est venue confirmer le diagnostic porté. L'écrasement du corps de la vertèbre lombaire avait été complet; les deux fibro-cartilages intervertébraux étaient réunis et soudés surtout à leur partie antérieure; en arrière entre les diverses apophyses luxées, on voyait le canal vertébral complétement interrompu. La moelle épinière avait subi une section complète; sa partie supérieure ne présentait aucune trace évidente d'inflammation, tandis que la partie inférieure était infiltrée d'une grande quantité de pus. Le point de la section de la moelle explique comment ce malade a pu vivre quatre-vingt-deux jours malgré une semblable lésion.

Tumeur stercorale simulant un abcès. — Les tumeurs développées dans la cavité abdominale présentent souvent les plus grandes difficultés pour le diagnostic. Le nombre et la variété des organes qui y sont contenus, les maladies si différentes dont ils peuvent être atteints, expliquent aisément l'incertitude dans laquelle doit souvent tomber le médecin. L'observation suivante est un exemple de ces difficultés qu'on rencontre si fréquemment dans le diagnostic ; elle a trait à une cause d'erreur, la plus commune peut-être de toutes.

Tuloup (Jeanne), giletière, âgée de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital Necker, salle Sainte-Julie, n° 8. C'est une fille bien développée, d'une constitution assez vigoureuse. Réglée à l'âge de quinze ans et demi, elle devient grosse une première fois, il y a quatre ans. L'accouchement est naturel. La mère ne nourrit pas son enfant, et se rétablit rapidement. Il y a un mois, elle accouche de nouveau, après une grossesse qui n'avait rien présenté d'anormal. Dès le lendemain, des accidents

abdominaux se développent ; le médecin prescrit une application de quatre-vingts sangsues, quelques purgatifs. Les lochies ne cessent pas de couler, la montée du lait se fait régulièrement, la mère allaite son enfant ; mais il lui reste une vive douleur dans l'aine droite, dans l'hypogastre et dans les reins, qui l'oblige à entrer à l'hôpital, un mois après son accouchement.

La douleur est très-vive dans la fosse iliaque droite, le col utérin est effacé et souple, le ligament large du côté droit fortement tuméfié. On sent, entre le doigt qui pénètre dans le vagin et la main qui appuie sur la fosse iliaque, une tumeur épaisse de quatre à cinq centimètres, qui occupe la fosse iliaque droite jusqu'au détroit supérieur du bassin, et se confond avec l'utérus, qu'elle entraîne dans son mouvement quand on la fait ballotter. Cette tumeur n'est pas fixe, on n'y perçoit pas distinctement de la fluctuation. Depuis son accouchement, la malade a eu de la fièvre toutes les nuits. Elle a une forte constipation. Depuis quatre jours il n'y a pas eu de garde-robes.

On prescrit :

Huile de croton tiglium. . . . . 3 gouttes.

L'huile ne produit qu'une seule garde-robe, mais beaucoup de vomissements. Les douleurs du ventre sont notablement moindres.

On prescrit :

Lavement avec miel de mercuriale. . . 100 gramm.
Trois cataplasmes sur le ventre.

Le lendemain, deux selles peu abondantes. L'état est le même.

On prescrit alors :

Teinture de jalap composée. . } ãã 20 gramm.
Sirop de nerprun. . . . . . }

Nouveau lavement avec 100 grammes de miel de mercuriale.

Les évacuations sont abondantes et répétées. L'engorgement de la fosse iliaque a complétement disparu. On ne trouve dans les garde-robes aucune trace de pus ; les matières sont abondantes et un peu noirâtres.

La malade reste à l'hôpital pendant quelque temps encore. Aucune nouvelle douleur, aucun engorgement ne se reproduit dans la fosse iliaque droite. De temps en temps on administre de légers laxatifs. La malade quitte l'hôpital, complétement guérie.

Traitement du muguet chez les enfants à la mamelle. — Le muguet est une des affections qu'on observe le plus communément dans

la première enfance. Grave lorsqu'il est lié à quelque autre affection, une entérite, par exemple, ou lorsqu'il survient soit dans le cours, soit au déclin de quelque maladie de longue durée, il constitue au contraire une affection en général légère et de peu d'importance lorsqu'il est idiopathique. Les moyens qu'on a imaginés pour combattre le muguet sont extrêmement nombreux, et le praticien, au milieu de cette grande variété d'agents thérapeutiques, se trouve quelquefois dans le plus grand embarras sur le choix qu'il doit faire de l'un ou de l'autre de ces moyens.

Nous avons eu de nombreuses occasions d'en étudier la valeur relative dans le service d'enfants à la mamelle que dirige à l'hôpital Necker M. le professeur Trousseau. Ce praticien distingué, après avoir successivement eu recours à un grand nombre d'agents thérapeutiques, s'est arrêté à la méthode que nous allons exposer.

On se sert d'un mélange de borax et de miel rosat dans les proportions suivantes :

Pr. : Miel rosat. . . . . 10 grammes.
Borax. . . . . 10 grammes.

On enduit de ce mélange un pinceau de charpie, qu'on passe dans la cavité buccale cinq ou six fois dans la journée. L'enfant presse le pinceau et en exprime ainsi la substance médicamenteuse.

Dans la majorité des cas, ces applications, répétées pendant deux ou trois jours, suffisent, et le muguet disparaît. Nous avons vu un enfant (salle Sainte-Julie, nº 3 *bis*) chez lequel le muguet était confluent au point de former une couche tout à fait continue, dans toute la cavité buccale, sur la voûte et le voile du palais, guérir en deux jours par de simples applications de borax et de miel rosat. Mais il arrive quelquefois qu'en raison, soit de son étendue, soit de sa confluence, soit de toute autre condition inexplicable, le muguet persiste malgré l'usage réitéré du borax. M. Trousseau a alors recours à un autre moyen. On prépare une solution de nitrate d'argent dans les proportions suivantes :

Pr. : Nitrate d'argent cristallisé. . . 5 grammes.
Eau distillée. . . . . 30 grammes.

dans laquelle on trempe un petit pinceau semblable à ceux dont les enfants se servent pour peindre, et on passe le pinceau chargé de la solution sur toutes les parties du muguet.

Il suffit ordinairement de deux ou trois applications de la solution de nitrate d'argent pour mettre fin au muguet le plus tenace. Dans les cas très-exceptionnels pourtant où la maladie résiste encore, M. Trousseau n'hésite pas à recourir au crayon de nitrate d'argent fondu, qu'on

passe sur les parties atteintes du muguet. D'ailleurs, soit qu'on se serve de la solution, soit qu'on fasse usage du crayon, les applications ne doivent en général avoir lieu qu'une seule fois chaque jour. Il est tout à fait inutile de toucher plus souvent.

Erysipèle coïncidant régulièrement avec les époques menstruelles. — La fille Renoux (Louise), journalière, âgée de vingt-huit ans, est d'une constitution peu robuste, d'un tempérament lymphatique prononcé. Réglée à l'âge de quinze ans, la menstruation s'est toujours faite très-régulièrement, sans s'accompagner d'aucun phénomène insolite. L'écoulement sanguin durait huit jours, précédé et suivi de leucorrhée assez abondante. Il y a trois ans, sans cause appréciable, elle a été prise, pendant une époque menstruelle, d'un érysipèle du visage, qui a duré exactement le même temps que les règles, pour disparaître avec elles. Pendant la durée de l'érysipèle, l'écoulement menstruel était aussi abondant que de coutume. Depuis ce moment, elle a été prise chaque mois d'un érysipèle du visage, qui commençait avec les règles, durait le même temps qu'elles, et disparaissait avec elles.

Elle devient enceinte une première fois. Pendant tout le temps de la grossesse, l'érysipèle ne se reproduit pas. La malade allaite son enfant. Les règles reparaissent deux mois après l'accouchement, et aussitôt l'érysipèle du visage commence à se manifester de nouveau à chacune des époques menstruelles.

La malade devient enceinte une seconde fois. L'érysipèle ne se reproduit plus, et aucun phénomène critique ne semble le remplacer. Elle accouche. Ses règles se reproduisent pour la première fois quelques jours avant son entrée à l'hôpital. Elle est de nouveau prise d'un érysipèle du visage, sans aucun phénomène prodromique, soit général, soit local.

On administre 20 grammes d'huile de ricin, et on prescrit des applications, plusieurs fois par jour, sur la partie atteinte d'érysipèle, avec la solution suivante :

Ether sulfurique............	60 grammes.
Camphre..................	30 grammes.

L'érysipèle ne s'étend pas, ne s'accompagne pas de phénomènes fébriles. Après huit jours de durée, il disparaît complétement. L'écoulement menstruel était terminé depuis la veille.

Comment comprendre la raison d'une aussi singulière coïncidence? On voit assez souvent les règles s'accompagner, dans le cours de leur durée, de petites éruptions partielles, et plus particulièrement de pustules

d'acné sur le front. On voit aussi l'écoulement menstruel déterminer du côté des viscères des phénomènes sympathiques à forme quelquefois bizarre et même, dans certains cas, une réaction fébrile énergique. Mais il est vraiment rare de voir les règles s'accompagner d'un érysipèle qui se développe régulièrement, sans jamais faire défaut, en même temps qu'elles. C'est là un fait physiologique d'un grand intérêt.

Il nous semble assez difficile de comprendre sous quelle influence a pu se produire cette singulière disposition à la formation d'érysipèles. Pendant dix ans la menstruation est régulière, ne s'accompagne d'aucun phénomène insolite, et voilà que tout à coup, sans cause appréciable, chaque époque menstruelle devient l'occasion du développement d'un érysipèle !

Enfin, une dernière considération pleine d'intérêt, c'est que l'érysipèle occupe invariablement le même point, qu'il ne se déplace pas pour occuper alternativement une partie ou une autre. C'est là un fait également inexplicable, dont il nous semble qu'aucune considération anatomique ou physiologique ne pourrait donner la raison.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ALLAITEMENT (*Influence de l'absence de l') sur l'état des femmes accouchées. Indications principales à remplir*. Bien que ce soit une notion d'une grande vulgarité, que celle de l'influence qu'exerce l'absence de l'allaitement sur les femmes récemment accouchées, l'intérêt pratique, si réel et si général, qui se rattache à ce sujet, nous engage à reproduire les excellents préceptes émis à cet égard par M. le professeur Vincenzo, dans un discours prononcé à l'Académie de Bologne. — Trois conditions particulières caractérisent l'état des femmes récemment accouchées : d'abord l'excès de matériaux nutritifs que contient leur système circulatoire, et la faculté établie chez elles, par une habitude de neuf mois, de créer de nouveaux produits. En second lieu, il existe alors dans le système sécréteur une prédominance de plasticité, et aussi une grande tendance aux transsudations coagulables albumineuses. Enfin, la sensibilité nerveuse offre, dans l'époque puerpérale, une exaltation qu'expliquent facilement les secousses multipliées de la grossesse et de l'accouchement. Pour débarrasser l'économie de ces causes de maladie, la nature ouvre deux émonctoires normaux : le flux lochial et la sécrétion laiteuse. Mais l'une de ces sources de décharge venant à manquer, il peut s'ensuivre des effets graves et variés. Il y a donc une conduite particulière à tenir à l'égard des femmes qui n'allaitent pas. Voici, d'après M. Vincenzo, sur quels principes doit reposer cette conduite :

Prescrire d'abord la diète la plus rigoureuse, afin d'éviter que de nouveaux matériaux viennent s'ajouter à ceux déjà existants, et de provoquer l'absorption d'une partie de ces derniers. Donner des boissons diluantes, diurétiques, emménagogues et sudorifères, pour créer de nouveaux moyens d'élimination aux principes qui se trouvent en excès. — Mais le principal moyen consiste dans l'administration quotidienne, à dose modérée, de doux purgatifs, (les sels de soude ou de potasse, de préférence), de manière à déter-

miner une dérivation lente et continue, plutôt qu'une secousse violente. Quant aux emménagogues, ainsi qu'aux agents propres à rendre l'écoulement lochial plus abondant, M. Vincenzo, sans les rejeter, pense qu'il ne conviendrait pas d'y recourir exclusivement, leur emploi, porté au delà de certaines limites, ayant souvent pour résultat d'amener, à sa suite, ces flueurs blanches rebelles à tout traitement, et source fréquente de stérilité.

Quant au temps pendant lequel ces prescriptions hygiéniques et médicales devront être suivies, M. Vincenzo conseille, sauf les exceptions nombreuses qu'indiquent naturellement les cas particuliers, d'y persévérer durant une quinzaine de jours, et de ne rendre, au bout de ce temps, que peu à peu l'accouchée à ses habitudes antérieures. (*Il raccoglitore Medico*. — *Gaz. Médicale de Paris*, novembre 1847.)

AMYGDALES (*Hémorrhagie suite de l'extirpation des*). — *Application locale de la glace.* L'hémorrhagie à laquelle donne lieu l'excision des amygdales est souvent extrêmement difficile à arrêter. Plus d'une fois on a été obligé de recourir au fer rouge pour y mettre un terme. Dans un cas de ce genre, M. Chassaignac a été assez heureux pour arrêter une hémorrhagie inquiétante par un moyen beaucoup plus simple. Il s'agissait d'une malade qui avait été opérée huit jours auparavant de l'extraction des amygdales. Le sang n'avait cessé de couler depuis; on avait employé en vain la glace à l'extérieur et en boisson, l'alun et une foule d'autres styptiques. M. Chassaignac songeait déjà à recourir au fer rouge, mais il avait à agir près de la carotide, et il craignait qu'à la chute de l'escarre cette artère ne fût intéressée. Il ajourna ce moyen. L'hémorrhagie parut s'arrêter un instant sous l'influence d'un bourdonnet de charpie imbibée de jus de citron, mais elle reparut peu de temps après. M. Chassaignac eut alors l'idée de saisir un morceau de glace avec la pince de Museux et de le maintenir en permanence sur le point d'où le sang s'échappait. A partir de cet instant, l'hémorrhagie cessa pour ne plus reparaître.

ARTHRITES *aiguës, leur traitement.* Dans les arthrites aiguës, soit simples, soit blennorrhagiques, M. Velpeau s'en tient à un système de traitement à peu près uniforme, et dont l'expérience lui a garanti les bons effets. Ce système de traitement peut être ramené à trois ordres de moyens, qui sont employés simultanément ou successivement, suivant les cas, savoir, les antiphlogistiques et résolutifs locaux, les hydragogues à l'intérieur, et la compression combinée avec l'immobilité. Dans les moyens du premier ordre, celui auquel M. Velpeau accorde le plus d'efficacité, est le vésicatoire volant à larges dimensions, le vésicatoire *monstre*, comme il l'appelle. Son application est ordinairement suivie, dans les arthrites aiguës, d'un dégorgement rapide. Les frictions mercurielles sont encore un des moyens auxquels M. Velpeau recourt le plus volontiers après le vésicatoire. La médication intérieure se compose de calomel, des purgatifs résineux, de l'eau-de-vie allemande et de tout ce que les anciens désignaient sous le nom d'hydragogues. Cette médication n'est guère qu'accessoire. La compression, sur laquelle M. Velpeau a appelé l'attention il y a une vingtaine d'années, est, à ses yeux, un moyen de la plus grande utilité dans ces affections, bien que quelques chirurgiens semblent encore redouter son emploi dans les maladies aiguës. M. Velpeau préfère aux bandes simples ou aux bandages spéciaux, pour faire cette compression, des bandelettes de diachylon, avec lesquelles on peut exercer une compression plus régulière et qui paraissent agir, d'ailleurs, d'une double façon, par leur action mécanique et par l'action résolutive de la substance emplastique dont elles sont recouvertes.—Quant au bandage inamovible, c'est d'une tout autre manière qu'il est utile; ce n'est pas, en effet, comme moyen de compression qu'il agit surtout, mais bien en maintenant l'inamovibilité. On peut, du reste, associer ces deux moyens, en appliquant le bandage assez loin sur le membre pour que l'immobilité soit complète.

Dans quelques cas, et en particulier lorsqu'il s'agit des membres inférieurs, M. Velpeau joint aux moyens qui précèdent, un quatrième moyen, l'extension. Cette extension, qui paraît difficile à obtenir, au premier abord, se fait au moyen d'un sous-

cuisse (lorsqu'il s'agit d'une arthrite du genou) que l'on fixe à la tête du lit, et d'une bande qui, formant sur le pied une sorte d'étrier, est attachée au bas du lit. On place, en outre, un coussin sous le genou; puis, par des tractions douces et ménagées, on ne tarde pas à obtenir le résultat que l'on cherche. (*Gaz. des hôp.*, octobre 1847.)

BANDAGES DEXTRINÉS (*Appareil pour la préparation des*). Les chirurgiens qui reculaient devant l'application du bandage dextriné, faute d'un procédé expéditif pour étendre sur les deux faces des bandes le mélange dextriné, pourront désormais en faire usage. M. le docteur Charvet, neveu (de Grenoble), vient de présenter un appareil fort simple, qui remplit toutes les conditions désirables.

Cet appareil est porté par un cadre de bois, verticalement placé sur un plateau. Trois pièces composent tout le système.

« 1° A 5 centimètres plus bas que la traverse supérieure, sur chaque montant, est percé un trou recevant l'extrémité d'un axe en cuivre qui a une manivelle de côté. Cet axe se retire du montant et on y introduit une bobine en cuivre également, sur laquelle on enroule la bande, et pour que la bobine suive le mouvement de rotation imprimé à l'axe qui la porte, une goupille la traverse ainsi que cet axe.

« 2° A 5 centimètres plus bas, se trouve un vase accroché aux deux montants. Ce vase a la forme d'un prisme triangulaire dont la base est l'ouverture supérieure, et le sommet, l'ouverture inférieure. Ce vase est donc largement ouvert par le haut et se termine par une ouverture d'un demi-centimètre. Chaque rebord de cette ouverture fait un onglet rentré, servant à serrer deux languettes de drap qui ferment entièrement cette issue inférieure; c'est entre ces deux languettes qu'on introduit l'extrémité libre de la bande enroulée sur l'axe supérieur; on l'introduit en ouvrant la boîte sur les côtés au moyen d'une charnière disposée à cet effet.

« La bande doit être renouvelée afin d'être plus apte à s'imprégner du mélange que l'on verse dans la boîte. Aussitôt on accroche l'extrémité libre de la bande aux deux pointes que présente la bobine du second axe; celui-ci, semblable en tout au premier, est situé à 5 centimètres au-dessous du vase; l'on n'a plus qu'à dévider la bande, en ayant soin de maintenir du mélange dextriné dans le vase. La bande s'imprègne sur les deux faces, et les deux frottoirs de drap la débarrassent de l'excédant du mélange, dont elle s'enduit uniformément.

« Pour éviter que les axes ne sortent de leurs trous, une poutre à gorge, située à la naissance de la manivelle, en dehors d'un montant, reçoit un ressort qui empêche les déviations latérales, en même temps qu'il régularise l'enroulement de la bande en dessous et le déroulement en dessus, en exerçant un léger frottement. On peut, au besoin, ajouter un tiroir au-dessous de l'appareil pour recueillir le peu de mélange qui pourrait tomber.

« La bande dès lors est prête, enduite uniformément, roulée en un globe très-dur, et l'on peut procéder à l'application du bandage. En ayant une bobine de 3 centimètres de large, on suffit à toutes les largeurs de bandes employées, et la distance, qui sépare les axes, permet de dextriner une bande qui aurait 12 mètres de long, ce qui n'arrive que rarement. »

Cet appareil, dont l'auteur se sert depuis deux ans, a toujours répondu parfaitement aux variétés de bandes que réclamaient les divers cas dans lesquels il avait jugé convenable de faire l'application de bandages dextrinés.

CALOMEL. *Règles de son emplo comme purgatif.* On sait combien les effets du calomel sont variables, alors même que ce médicament est donné à doses égales et dans des circonstances analogues. Il arrive même souvent que donné à une dose élevée il n'a aucune efficacité, tandis qu'à une dose relativement très-faible il produit des accidents toxiques. Cette infidélité dans l'action d'un agent qui offre d'ailleurs de si grandes ressources à la thérapeutique a dû naturellement inspirer plus d'une fois des craintes sérieuses aux praticiens et éveiller leur sollicitude. Frappé de ces graves inconvénients, M. le docteur Godefroy (de Caen) a cherché à découvrir la cause de cette diversité d'effets, et il croit l'avoir trouvée dans la manière différente dont on procède à son ad-

ministration. Il a remarqué que toutes les fois que l'on faisait prendre le calomel en une seule dose, à jeun et avec la précaution de prescrire la diète pour le courant de la journée, il ne survenait jamais d'accidents, quelque élevée que fût la dose du médicament, à 5, 6 ou 8 grammes, par exemple; tandis que des doses beaucoup plus faibles, données à plusieurs reprises et à proximité des repas, déterminaient des accidents plus ou moins sérieux, tels que des superpurgations douloureuses, du ptyalisme, etc.—Ces faits, dont beaucoup de praticiens ont pu être frappés, sont en grande partie éclairés par la théorie chimique. On sait que M. Mialhe a établi dans son Traité de l'Art de formuler, que le calomel se transforme dans le sein même de l'économie en deutochlorure de mercure sous l'influence des chlorures alcalins; d'où la nécessité d'avoir toujours égard à la présence de ces derniers quand on administre ce médicament. C'est à raison de cette transformation partielle du calomel en deutochlorure de mercure, qu'on obtient des effets généraux ou dynamiques incomparablement plus marqués lorsqu'on le prescrit en un grand nombre de fois, que lorsqu'on l'administre, fût-ce même à une dose plus forte, en une seule fois.

Les expériences cliniques de M. Godefroy tendent à confirmer les recherches chimiques de M. Mialhe, et tout en démontrant qu'on peut, comme purgatif, prescrire le calomel à des doses plus fortes que ne le font la plupart des praticiens, elles enseignent qu'il en faut diriger l'administration avec une grande prudence et en surveiller avec beaucoup d'attention les effets. Nous croyons aussi que les praticiens feront toujours sagement, suivant le conseil de M. Mialhe, de n'administrer le calomel jamais seul, mais bien associé avec un autre purgatif, tel que l'aloès, le jalap ou la scammonee. (*Union médicale*, octobre 1847.)

COL DU FÉMUR (*De la section du*) *dans un cas d'ankylose coxo-fémorale*; *opération très-rare*. En mentionnant dans notre Répertoire du mois de mars dernier cette opération nouvelle que venait de pratiquer, à Bicêtre, M. Maisonneuve, nous avons promis de revenir sur ce beau fait de chirurgie. La présentation du malade à l'Académie vient nous fournir l'occasion de compléter cette importante observation. Cette opération, nous l'avons dit, n'était encore connue en Europe que par les deux succès obtenus en Amérique, c'est donc un cas de succès de plus à enregistrer au profit de notre compatriote.

Un jeune homme, âgé de dix-neuf ans, fut atteint d'une coxalgie de la hanche droite pour s'être exposé au froid. Au bout de quelques mois, l'articulation devint le siége d'une inflammation suppurative. Les ligaments furent détruits, et la tête du fémur, sollicitée par la position vicieuse affectée par le malade, se luxa dans la fosse ovale. Le fémur s'ankylosa dans cette position, de sorte que la cuisse était entièrement couchée sur l'abdomen; le genou se trouvait à peu près au niveau de l'épaule droite; la jambe, fléchie sur la cuisse, ne s'étendait que très-imparfaitement. Le malade était guéri de sa coxalgie, mais entièrement privé de l'usage de son membre inférieur droit. Dans ces circonstances, M. Maisonneuve lui proposa la section de la tête du fémur, et la lui pratiqua le 23 février dernier, après l'avoir préalablement soumis à l'éthérisation. Le malade couché sur le côté gauche, cet habile chirurgien fit au niveau du grand trochanter, et parallèlement à l'axe du membre, une incision de forme demi-elliptique, à concavité antérieure, et de 20 cent. environ de long. Cette incision mit à découvert la face externe du grand trochanter et une petite portion du corps de l'os; mais le col restait profondément caché, le doigt même ne pouvait l'explorer qu'avec peine. Pendant près d'un quart d'heure, il fit de vains efforts pour y parvenir en se servant de la gouge et du maillet, des cisailles de Liston, de la scie à crête de coq, etc.; enfin, il se décida à revenir au procédé de Barton et de Kearney. Aucun vaisseau ne se trouva lésé; il ne fit qu'une seule ligature. Après l'opération, le membre ne put pas être immédiatement ramené à sa position normale. Les muscles, les tissus fibreux et cellulaires, qui s'étaient accommodés à la position vicieuse du membre, opposaient à l'allongement une résistance telle, qu'on put douter un instant du succès de l'opération. Le malade fut placé sur le dos, le membre inférieur fortement fléchi et soutenu par un plan incliné très-élevé; la réaction

fut régulière. Le malade se plaignait seulement d'un engourdissement général du membre. M. Maisonneuve crut d'abord que le nerf sciatique pouvait être comprimé par les fragments osseux ; mais un examen plus attentif lui fit reconnaître une véritable paralysie. Le nerf avait été certainement divisé dans l'opération. Pendant un mois, il ne survint rien de particulier. Le membre fut graduellement rendu à sa rectitude, et la lésion fut conduite comme une fracture compliquée. Il s'échappa plusieurs esquilles. Le 20 avril, moins de deux mois après l'opération, le malade commença à se lever et à se promener dans les salles, à l'aide de deux béquilles. Depuis ce moment, la santé générale s'est raffermie. Le membre, raccourci de 10 centim., a de la vigueur. Les mouvements soumis à l'influence du nerf crural ont acquis une grande puissance, de sorte que, malgré la paralysie du nerf sciatique, qui, du reste, commence à diminuer, le malade peut se promener et marcher sans bâton, s'asseoir et monter les escaliers, enfin exécuter avec son membre la plupart des mouvements que peut exécuter un membre sain.

COTON ; *son efficacité contre la douleur dans l'orchite.* Le fait suivant, rapporté par M. Fredianelli, est un des plus concluants que nous sachions en faveur de l'efficacité du coton pour calmer la douleur de l'orchite. Il s'agit d'un homme attaqué pour la septième et huitième fois d'orchite. Le testicule était plus gros que le poing, le malade éprouvait des douleurs telles qu'il était privé de sommeil. La saignée, les fomentations et cataplasmes émollients, les diaphorétiques, les purgatifs, les sangsues, les onctions sédatives, enfin, les résolutifs les plus accrédités, furent mis en usage ; mais le soulagement procuré par chacun de ces moyens ne fut jamais de longue durée. Après avoir discontinué pendant quelque temps tout remède, M. Fredianelli appliqua une couche de coton cardé sur le scrotum et laissa le malade vaquer à ses affaires, non sans lui recommander toutefois une diète sévère. La douleur, qui s'était encore exaspérée avant cette application, disparut presque entièrement dans les vingt-quatre heures ; avec elle se dissipèrent les autres phénomènes, et la partie manifesta rapidement de la tendance à se résoudre. (*Gazzetta Toscana delle scienze medico-fisiche*, et *Gaz. médic. de Paris*, novembre 1847.)

ESTOMAC (*Corps étrangers dans l'*). On trouve dans les archives de la science d'assez nombreux exemples de corps étrangers qui ont séjourné longtemps dans l'estomac sans qu'il en soit résulté de trouble ni de désordre sensibles. Le fait suivant, rapporté par M. Gaide devant la Société médico-pratique de Paris, est l'un des plus curieux que nous connaissions sous ce rapport. Un jeune homme ayant une arête engagée dans le gosier, chercha à s'en débarrasser avec une fourchette, qui lui échappa et resta enfoncée dans le pharynx. Un officier de santé, consulté à ce sujet, au lieu d'extraire la fourchette, comme cela était indiqué et possible, conseilla de verser un peu d'huile dans le gosier. Bref, le jeune homme avala la fourchette qu'il a toujours dans son estomac. Sa santé n'en est nullement altérée, seulement il souffre un peu chaque jour au moment de la digestion. Le même médecin a rappelé, à cette occasion, avoir ouvert le cadavre d'un homme qui pendant sa maladie répétait souvent qu'il avait avalé une fourchette dix ans auparavant. On trouva effectivement dans son estomac une fourchette appliquée longitudinalement le long de la grande courbure ; les quatre fourchons étaient enveloppés et maintenus par de volumineux bourgeons charnus. (*Union médicale*, novembre 1847.)

ÉTHÉRISATION (*De la morphine et de l'acétate de morphine contre les effets stupéfiants de l'*). Dans une série de recherches sur les propriétés stupéfiantes de l'éther sulfurique, M. le professeur Berrati a reconnu, comme la plupart des physiologistes français, les dangers auxquels peut donner lieu l'inhalation prolongée des vapeurs d'éther. Il s'est livré, en conséquence, à quelques expériences pour rechercher les moyens que l'on pourrait opposer avec le plus d'efficacité aux effets funestes de ces inhalations. Il est ainsi arrivé à reconnaître que la morphine et l'acétate de morphine sont les agents les plus propres à réveiller de leur sommeil léthargique les fonctions animales dont l'exercice a été suspendu par l'inhalation éthérée. Divers autres moyens ont été proposés

comme également propres à faire cesser l'état d'éthérisme; nous rappellerons entre autres l'électro-magnétisme, l'ammoniaque, la saignée. L'auteur ne dit pas s'il a essayé ces moyens comparativement à la morphine. (*Journal des connaiss. médico-chirurgic.*, novembre 1847.)

FIEVRE TYPHOIDE (*Traitement de la*) *par les onctions mercurielles.* M. J. Mazade, d'Anduze, vient d'adresser à l'Institut un Mémoire intitulée : Nouvelles Observations sur l'emploi des onctions mercurielles dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Guidé par l'analogie séméiotique qui rapproche souvent, et surtout au début, la fièvre typhoïde de la méningite aiguë, M. Mazade a employé dès 1834, dans la première de ces affections, les onctions mercurielles qu'avaient préconisées, dans la seconde, Percival, Dobson, Odier, Coindet, Delpech, etc. Nous avons publié, à cette époque, les résultats de ses premiers essais. (Voir *Bulletin de thérap.*, vol. 7, p. 273, et vol. 8, p. 219.) Depuis, cet habile praticien a poursuivi une expérimentation qui s'était montrée si favorable au traitement de la fièvre typhoïde, et il a recueilli de nombreuses preuves de son efficacité. Notre confrère rapporte dans ce travail quatre observations qui mettent de nouveau en relief la puissance de la médication mercurielle, et représentent en même temps les caractères rationnels les plus saillants de la fièvre typhoïde.

Ces observations, réunies à celles que l'auteur a déjà publiées, lui paraissent devoir suffire pour établir l'importance de la méthode thérapeutique qu'il propose, aujourd'hui surtout qu'elle trouve un puissant appui dans le travail remarquable sur l'emploi des mercuriaux dans la fièvre typhoïde, que M. Serres vient de présenter à l'Académie.

La céphalalgie, la stupeur, le délire, le météorisme, le dévoiement, l'état fuligineux de la bouche et l'éruption des taches rosées lenticulaires, se retrouvent dans toutes les observations qu'il rapporte. Ces symptômes étaient sans doute les expressions d'une fièvre typhoïde grave. La maladie était parvenue à un haut degré d'intensité, et vainement un traitement rationnel lui avait été opposé, lorsque des onctions mercurielles furent employées à hautes doses sur de larges surfaces cutanées et à des intervalles rapprochés. Pour activer l'absorption du mercure, on pratiqua tous les jours des lotions avec de l'eau de savon sur la portion des téguments qui devait recevoir ces onctions.

Dans la première observation seulement, du calomel fut donné à l'intérieur simultanément avec l'application extérieure de l'onguent mercuriel. Je prescris, dit l'auteur, concurremment ces deux modes d'administration du mercure dans tous les cas de fièvre typhoïde caractérisés par un danger imminent. La durée du traitement mercuriel fut de cinq ou six jours. Dès le deuxième jour, et au plus tard dès le troisième, une amélioration notable s'opéra dans l'état des malades. Le plus souvent cette modification heureuse se manifesta d'abord dans les symptômes nerveux; ensuite elle s'étendit aux désordres de la circulation et à ceux de l'appareil digestif. Au moment où les onctions mercurielles furent suspendues, tout phénomène morbide grave avait disparu. Les malades restèrent encore pendant quelques jours dans un état voisin de la convalescence, et qui n'exigeait l'intervention d'aucune médication active. La durée de la convalescence fut sensiblement abrégée.

Excepté dans la première observation, l'influence qu'exerce l'action du mercure sur l'appareil salivaire ne se montre que très-modérée.

En général, il a semblé à l'auteur que la médication mercurielle offrait peu de chances de succès toutes les fois que la fièvre typhoïde sous forme grave progressait avec lenteur, qu'elle était caractérisée par les signes d'une adynamie profonde, et qu'elle atteignait un sujet entièrement débilité.

FRACTURES DU CORPS DU FÉMUR (*Nouvelle méthode thérapeutique pour les*). — *Demi-flexion remplacée plus tard par l'extension permanente.* En fait d'appareils et de méthodes de traitement des fractures, on ne peut guère compter sur une perfection absolue. Les meilleures méthodes laissent encore quelque chose à désirer; il n'en est pas qui n'ait, à côté de ses avantages plus ou moins éprouvés, ses inconvénients inévitables. Aussi semble-t-il qu'on doive moins se préoccuper de chercher dans telle ou telle autre méthode une per-

fection impossible, que de les combiner suivant les cas, de manière à en retirer la plus grande somme d'avantages possible. C'est ce qu'a cherché à faire M. le professeur Bouisson, en combinant la demi-flexion avec l'extension permanente, c'est-à-dire en mettant tour à tour ces deux méthodes en usage pendant la durée d'un même traitement. Quand il a à traiter une fracture du corps du fémur, surtout lorsqu'elle est oblique, il commence d'abord par mettre le membre fracturé dans la demi-flexion, et, quelque temps après, il substitue à cette méthode l'appareil à extension permanente. Voici ses principaux motifs : en employant dès le principe la demi-flexion, on met, par ce moyen, tous les muscles dans le relâchement, et ensuite on sauve au malade la fatigue et les douleurs que procure en commençant l'appareil à extension permanente. D'un autre côté, lorsqu'on arrive au quinzième ou au dix-huitième jour de la fracture, alors que les muscles ne se contractent plus, que la douleur et le gonflement ont cessé, et que le travail de la cicatrisation osseuse va commencer, il y a avantage à substituer à la demi-flexion l'extension permanente qui, à cette époque, jouit de tous ses avantages, car la force qu'elle déploie dès ce moment est efficace ; les muscles se laissent distendre plus facilement ; la coaptation se maintient avec plus d'exactitude. Enfin, on a épargné au malade l'action pénible des appareils à extension pendant la période où ils eussent été inutiles pour la consolidation proprement dite, et l'on a abrégé d'autant la durée de l'application de ces appareils. — L'expérience paraît s'être prononcée en faveur de cette méthode mixte, que M. Bouisson a appliquée un certain nombre de fois déjà dans son service, à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier. Ce professeur a pu se convaincre que par ce moyen : 1° il n'était pas obligé de renoncer, pendant la durée du traitement, aux appareils d'extension permanente, comme cela arrive quelquefois ; 2° que l'on pourrait retirer de la demi-flexion et de l'extension, employées successivement, tous les avantages qui sont propres à chacune de ces méthodes, en laissant de côté la plupart de leurs inconvénients ; 3° que le raccourcissement du membre était évité, et que, s'il existait, il était infiniment petit. (*Journ. de méd. de Lyon*, septembre 1847.)

HÉMATURIE *traitée par la cautérisation de la vessie avec le nitrate d'argent solide.* Un homme âgé d'environ cinquante-un ans fut pris, à la suite d'intempérance et de nombreux écarts de régime, d'une hématurie rebelle, qui durait déjà depuis dix-huit mois lorsqu'il entra dans le service de M. Rayer, à l'hôpital de la Charité. Dans l'espace de ces dix-huit mois, ce malade n'est jamais resté plus de quarante-huit heures sans pisser du sang ; le nombre des mictions a toujours été de vingt-quatre à trente par jour et il n'a pas cessé un seul jour de souffrir pendant l'émission des urines. Il avait été traité sans succès, dans un autre service, par l'eau de Contrexeville et l'infusion de bourgeons de sapin. M. Rayer avait essayé le seigle ergoté, administré d'abord à la dose de 60 centigrammes, mais ce médicament n'avait eu d'autre effet que d'augmenter le nombre des mictions et de redoubler l'intensité des douleurs et de l'hémorrhagie. Il ne fut pas plus heureux avec l'eau de goudron et la teinture de cantharides. Enfin sur l'avis de M. Lallemand, qui crut reconnaître un état fongueux de la vessie, auquel on devait attribuer la persistance de l'hématurie, M. Rayer se décida pour la cautérisation de la vessie à l'aide du nitrate d'argent solidifié. L'exécution de cette opération fut confiée à M. Lallemand lui-même. L'instrument qui fut mis en usage dans ce but n'était autre chose qu'une sonde courbe ordinaire, ouverte à son extrémité recourbée pour livrer passage au mandrin porte-caustique. Celui-ci est creusé d'une rainure sur sa partie convexe, dans une étendue de 2 à 3 centim. environ, de manière à recevoir quelques grains de nitrate d'argent liquéfiés par la chaleur et nivelés après le refroidissement, pour faciliter le jeu du mandrin dans la sonde. Le mandrin porte-caustique est recouvert d'une canule qui accompagne celui-ci, lorsqu'on fait saillir la lentille terminale dans le réservoir urinaire. Quand on a poussé ainsi dans la vessie le porte-caustique, on retire la canule, et la rainure remplie de nitrate d'argent se trouve à découvert. La situation de cette rainure sur la convexité du mandrin lui permet de s'appliquer facilement sur la concavité des pa-

rois vésicales, qu'on badigeonne sans peine dans presque toute leur étendue. Telle fut la manière dont procéda M. Lallemand. Le malade en ressentit sur-le-champ des douleurs assez vives. Il s'écoula même une certaine quantité de sang aussitôt après qu'on eut retiré la sonde. Mais au bout de vingt minutes, les cuissons déterminées par la cautérisation persistant, on prescrit *illico* un bain, un lavement d'eau de guimauve et une tisane de lin.

Les jours suivants, un amendement notable avait eu lieu. Deux nouvelles cautérisations furent jugées nécessaires, et pratiquées l'une quatorze jours, et l'autre environ une quarantaine de jours après la première. — Cette dernière opération, dans laquelle la vessie fut cautérisée plus profondément et dans toute sa surface, fut suivie de douleurs plus vives et plus longtemps prolongées que les précédentes : mais à dater de ce moment il n'y eut plus de sang dans les urines, plus de douleurs pendant leur émission. Il resta seulement des envies fréquentes d'uriner, que le malade conservait encore lors de sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire environ six semaines après le commencement du traitement.

C'est là un de ces moyens extrêmes auxquels les praticiens feront toujours sagement de ne recourir que lorsqu'ils seront certains de l'insuffisance de toute autre méthode ; et l'on ne saurait trop leur recommander, quand ils se croiront dans la nécessité d'en venir là, de s'entourer de toutes les précautions propres à assurer à la fois le succès et l'innocuité d'un pareil traitement. (*Union médicale*, novembre 1847.)

HUILE DE FOIE DE POISSON (*Du choix à faire entre les différentes espèces d'*).—*Cause de la différence des résultats obtenus de leur emploi.* Un médecin de La Haye, M. de Jongh, auteur d'importantes recherches chimiques et thérapeutiques sur les différentes espèces d'huile de foie de poisson, frappé de la discordance des résultats accusés par les expérimentateurs des différents pays et de ceux qu'il a obtenus lui-même, s'est imposé la tâche de rechercher quelle pouvait être la cause d'une semblable infidélité de la part d'un remède qui lui avait paru d'abord jouir d'une si énergique efficacité. Ses recherches à cet égard lui ont démontré que ce n'était ni des époques de l'année où l'on administrait le médicament, ni de certaines dispositions organiques particulières de la part des sujets qui y sont soumis, ni enfin de la manipulation pharmaceutique, que dépend l'irrégularité de son action, mais de la qualité même de cette huile. L'huile de poisson livrée au commerce est extraite du foie de trois différentes sortes de poissons, le *dorche* (*gadus callarius* ou *gadus morrhua*), que l'on pêche pendant l'hiver, en grande quantité, près des îles Loffodes; le *sey* (*gadus carbonarius* ou *gadus virens*), et le *haakjering*, appartenant aux espèces *squales* (*squalus classicalis*). Les huiles de foie de *dorche* et celles de *sey* sont souvent mêlées ensemble ; on rencontre même dans le commerce une huile de poisson qui non-seulement est composée d'une mixtion de différentes huiles de poisson, mais à laquelle on ajoute encore de l'huile de lard du chien de mer et de l'huile de hareng. Or, ces huiles ont une composition chimique et des propriétés très-différentes; ainsi, tandis que l'huile de dorche contient une proportion assez considérable d'iode, l'huile de sey en contient très-peu, et celle de hareng n'en contient pas du tout. La seule de ces huiles véritablement utile en médecine par son efficacité reconnue, est l'huile de dorche pure. C'est ce qui paraît résulter de la manière la plus évidente des nombreuses expériences de l'auteur. Cette conviction acquise, M. de Jongh s'est mis en mesure, par les relations qu'il a établies avec des négociants de Bergen, d'assurer à l'avenir, pour l'usage médical, le débit exclusif de l'huile pure de dorche, que l'on ne pouvait jusqu'ici se procurer qu'exceptionnellement. (*Relation d'un voyage scientifique à Bergen et en Norwège.*)

HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE (*Sur les indications du traitement médical de l'*). Nous avons déjà fait connaître quelques cas de guérison d'hydrocèle sans le concours de la chirurgie. Tout le monde sait, d'un autre côté, qu'il est des hydrocèles qui se résolvent spontanément au bout d'un certain temps. Il y aurait d'utiles recherches à faire pour déterminer *à priori* les indications et les contre-indications de l'opération, pour faire la part du traitement médical et celle du traitement chirur-

gical. M. le docteur Bertherand a cherché à étudier cette question à l'occasion d'un fait d'hydrocèle vaginale consécutive à une orchite vénérienne, qui fut guérie par le seul secours de frictions mercurielles et de l'administration de pilules de calomel et de jalap. Se fondant d'une part sur l'analogie de nature et de cause entre l'hydropisie de la tunique vaginale et les autres hydropisies, et l'efficacité de certains traitements internes pour la guérison d'épanchements consécutifs à des inflammations ou autres altérations viscérales, M. Bertherand croit qu'il y aurait de l'avantage à débuter dans la cure de l'hydrocèle par un traitement médical (chaque fois bien entendu qu'il serait rationnellement applicable), sauf à recourir, en cas d'insuccès, au traitement chirurgical comme dernière ressource. Voici, suivant lui, les règles d'après lesquelles ou devrait se guider : conserver pour des cas spéciaux (dysurie, grosseur démesurée du scrotum, etc.) les ressources chirurgicales, et ne les appliquer qu'après l'insuccès des remèdes internes que la spécificité des causes et de la nature de l'hydro-vaginalite aura indiquées ; 2° garder l'incision pour des cas où le testicule paraîtra profondément altéré, et l'hydrocèle compliqué de la présence d'une anse intestinale; 3° à l'altération profonde, la dégénérescence de l'enveloppe séreuse du testicule, opposer l'excision ; 4° quant à l'injection et au séton, leur action douteuse, difficile à maintenir dans des limites convenables, semble devoir appeler la plus grande prudence dans leur emploi, et leur mériter un rôle tout à fait exceptionnel.

L'auteur nous paraît évidemment avoir exagéré les dangers et les inconvénients des procédés d'injection. Qu'il y ait lieu de s'enquérir avec plus d'attention qu'on ne le fait peut-être trop généralement, des indications spéciales qui peuvent réclamer de préférence un traitement topique ou interne, rien de mieux fondé; mais réduire une méthode aussi sûre et aussi prompte que l'injection iodée, par exemple, à un rôle tout à fait exceptionnel, c'est se mettre en contradiction avec les faits les mieux établis. (*Abeille médicale*, octobre 1847.)

HYSTÉROTOMIE *pratiquée dans un cas d'hypertrophie considérable du col utérin.* Le fait suivant n'est pas moins remarquable comme exemple d'hypertrophie du col utérin, que comme exemple de l'innocuité des incisions pratiquées profondément et à plusieurs reprises sur le col, et de la rapidité de leur cicatrisation. Une jeune fille, arrivée au terme de sa grossesse, entra à la Clinique d'accouchement huit heures après le début du travail, et lorsqu'il s'était déjà écoulé une petite quantité de liquide amniotique. A l'examen, on trouva entre les lèvres de la vulve une tumeur rouge, du volume d'un œuf de pigeon, qui se continuait avec l'utérus, mais qu'on pouvait librement circonscrire dans le vagin. A l'extrémité de cette tumeur existait une fente transversale, circonscrite par deux lèvres épaisses et infiltrées. Le doigt, introduit dans cet orifice, pouvait pénétrer jusqu'à trois pouces de hauteur, et arrivait jusqu'à la tête du fœtus; il était impossible de sentir la moindre démarcation entre le col et le corps de l'utérus. Cet organe occupait d'ailleurs sa place habituelle. (Cette jeune fille n'avait jamais éprouvé d'autre symptôme qu'un sentiment de pression assez forte dans le vagin.) Les contractions très-douloureuses n'avaient aucune action sur le col, même lorsque la tête descendit dans le petit bassin. Au bout de quatorze heures de travail, la tumeur, indolente jusque-là, était devenue sensible; les contractions étaient plus douloureuses; il était survenu du frisson, de la fièvre, des vomissements, etc. M. Lévy se décida aussitôt à exciser l'utérus. Il pratiqua, sur la partie latérale du col, une incision de deux pouces de long; il put alors introduire le forceps, mais non sans difficulté. (Il y avait un léger rétrécissement du bassin.) Sous l'influence des tractions, l'incision du col acquit une telle tension, que, dans la crainte d'une rupture de l'utérus, il fallut augmenter l'incision d'un demi-pouce, et en pratiquer une nouvelle de trois quarts de pouce de long du côté opposé. L'accouchement se fit alors avec facilité et sans déchirements de l'incision. Le lendemain, le col était tuméfié et sensible; mais, les jours suivants, la tuméfaction diminua graduellement, et lorsque la malade sortit de l'hôpital, le douzième jour, il était notablement réduit de volume, et on distinguait facilement, au moyen du spéculum, une cicatrice sur le côté droit. (*Zeitschrifft*

für die gesamente medizin de Oppenheim, et *Union médicale*, nov. 1847.)

NÉVRALGIE INTERMITTENTE DE L'UTÉRUS *guérie par le sulfate de quinine*. C'est à notre honorable collaborateur, M. Valleix, qu'on doit les notions les plus exactes que nous possédions actuellement sur la névralgie utérine, et, en particulier, la connaissance de la relation fréquente qui existe entre l'hystéralgie et la névralgie lombo-abdominale, celle-ci étant le plus souvent le point de départ de la première. (V. *Bulletin*, t. 32, janvier 1847.) Une observation nouvelle, publiée dans l'*Union médicale* du 23 septembre, vient confirmer les vues émises à cet égard par ce médecin. Si nous la reproduisons ici, c'est moins en vue d'apporter une preuve nouvelle à l'appui d'un fait qui doit être considéré maintenant comme acquis à la science, qu'à cause de l'intérêt plus immédiatement pratique qu'elle présente.

Le 23 juillet dernier, M. Valleix fut appelé auprès de Mme V., qui éprouvait une perte de sang abondante par l'utérus. Une potion avec l'extrait de ratanhia, des boissons froides, des lotions froides sur l'hypogastre et des paquets de poudre de tannin et de seigle ergoté, firent cesser cette perte; mais quelques jours après (le 3 août), il fut appelé de nouveau par cette dame, qui se plaignait d'avoir éprouvé, la veille, des douleurs vives dans l'hypogastre, ayant duré environ une demi-heure. L'écoulement du sang était presque nul. Le col offrait une légère sensibilité dans tout son pourtour. Il n'y avait de points douloureux ni dans les flancs ni dans les lombes. Le jour suivant, à la même heure, les mêmes douleurs se reproduisirent et se dissipèrent au bout d'un temps à peu près égal. — Nouvel accès d'une heure et demie, et beaucoup plus intense, le troisième jour. Ayant examiné la malade ce jour-là, M. Valleix constata de la sensibilité au pourtour du col, mais sans douleur vive. L'hypogastre était un peu douloureux à une forte pression. Vers le milieu de la crête iliaque, de chaque côté, existait un point douloureux un peu plus marqué à droite qu'à gauche. Rien de semblable à la région lombaire. La malade dit avoir éprouvé pendant la nuit du malaise et avoir ressenti quelques douleurs légères s'irradiant vers les lombes et vers les cuisses. — Le quatrième jour, accès plus violent que les précédents; la douleur est telle, que la malade se roule sur son lit en poussant des gémissements, et exprime une vive anxiété. Les points douloureux des crêtes iliaques existent à un plus haut degré qu'auparavant. Il y a un peu de sensibilité à la pression vers les dernières vertèbres lombaires. M. Valleix prescrit 80 centigr. de sulfate de quinine en 8 pilules, à prendre 5 le soir, en commençant immédiatement après la cessation de l'accès, et 3 le lendemain matin. L'accès revint encore le jour suivant; mais après la seconde administration du sulfate de quinine, il ne reparut plus, et, à dater de ce moment, les forces se relevèrent, et la malade put bientôt vaquer à ses occupations.

L'efficacité si prompte et si complète du sulfate de quinine et le caractère périodique de la maladie qui en avait si bien indiqué l'emploi, démontrent surabondamment le caractère névralgique de cette affection, qu'avec moins d'attention et en ne tenant compte que de l'hémorrhagie et de l'engorgement douloureux du col utérin, on eût pu prendre aisément pour une inflammation. (*Union médicale*, septembre 1847.)

OBLITÉRATION (*Rétention du sang menstruel causée par une*) *du vagin.— Opération.— Guérison.* Une femme de trente-quatre ans, à la suite d'un accouchement très-long et très-difficile, qui avait exigé l'application du spéculum, resta plus de six mois avant de récupérer ses forces. A cette époque, ses règles n'étaient pas encore revenues. Elle commença alors à sentir une sorte de pesanteur et de pression à l'hypogastre, qui, à dater de ce moment, ne cessèrent de s'accroître. Bientôt on put sentir dans cette région une tumeur, dont le volume augmentait graduellement avec les douleurs. Celles-ci avaient quelque analogie avec les douleurs de l'enfantement, et ne laissaient ni paix ni trêve à la pauvre malade. M. le docteur Moerck, après l'avoir examinée au spéculum, reconnut que le vagin, en arrière de la vessie, était le siége d'une constriction très-marquée; il adhérait très-fortement au col de l'utérus, auquel il formait une calotte qui revêtait et obstruait complétement l'orifice du col. La structure fibreuse du vagin ne permit pas de constater

le siége de cet orifice, sur lequel on ne put avoir qu'une donnée approximative au moyen du toucher rectal (le col était dirigé du côté du sacrum). L'utérus était uniformément développé, comme au septième ou au huitième mois de la grossesse, mobile d'ailleurs, et point sensible à la pression. M. Moerck, convaincu, d'après l'ensemble de ces signes, qu'il s'agissait d'une rétention du sang menstruel causée par une oblitération du col utérin, se résolut à pratiquer le dédoublement des deux parois vaginales. Après s'être assuré des rapports étroits qui existaient entre le col utérin et le rectum, il introduisit un doigt dans celui-ci pour refouler le col, et le disposer de manière à fixer dans l'ouverture du speculum la portion de vagin cicatrisée au-devant de l'orifice. Cela fait, il pratiqua une incision cruciale, qui donna issue à une masse de sang noir, sirupeux, qui mit plus de trois heures à s'écouler. L'écoulement utérin persistant les jours suivants, on se borna à pratiquer quelques incisions. Le douzième jour, la malade était guérie.

M. Amussat nous a fait voir, la semaine dernière, une femme qui présente un cas remarquable d'atrésie de la moitié supérieure du vagin. Le vagin présente chez cette femme un infundibulum de deux pouces environ de profondeur. Le doigt arrêté à ce point, il est impossible d'atteindre l'utérus par cette voie. Mais on le sent très-bien par le rectum, à une profondeur beaucoup plus considérable, et séparé, par un intervalle de plusieurs pouces, du cul-de-sac du vagin. M. Amussat, présumant que cet intervalle est constitué par une sorte de plan intermédiaire formé par l'adossement des parois du vagin, se propose d'en entreprendre le décollement, et de tâcher d'obtenir ainsi artificiellement, ainsi qu'il l'a déjà fait une fois, la restitution des voies naturelles. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des résultats de cette opération. (*Zeitschriff für die gesamente medizin de Oppenheim*, et *Union méd.*, novembre 1847.)

PRÉCIPITATION DE LA MATRICE *pendant le travail de l'accouchement. Terminaison heureuse de l'accouchement. Réduction de la matrice.* M. le docteur Naudin fils a rapporté, devant la Société de médecine de Toulouse, deux observations remarquables de précipitation de matrice, dont l'une surtout nous paraît digne d'être reproduite, à cause de la facilité avec laquelle on peut remédier à un accident aussi grave. Une dame était enceinte pour la troisième fois; le col de l'utérus était extrêmement rigide, et les eaux s'étant écoulées prématurément, le travail n'avançait pas. Tout à coup, au milieu des plus vives douleurs et de très-violents efforts d'expulsion, l'utérus, chargé du produit de la conception, se précipite et sort subitement à travers la vulve. MM. Naudin et Gaussail, appelés sur-le-champ, trouvèrent, entre les cuisses de la malade une tumeur représentant un ovoïde d'un volume plus considérable que la tête d'un fœtus à terme; en la comprimant dans tous les sens, on percevait la sensation d'un corps dur, arrondi, qui paraissait occuper tout son intérieur. Le museau de tanche était libre et saillant en bas, il était dur et résistant; en introduisant le doigt dans son orifice, on reconnaissait la fontanelle occipitale de l'enfant. MM. Naudin et Gaussail pensèrent qu'en dilatant artificiellement l'orifice utérin, on terminerait aisément l'accouchement; ils introduisirent les doigts d'abord, puis la main, et, après avoir donné à la tête une bonne direction, ils abandonnèrent l'accouchement à la nature: une seule douleur suffit alors, en effet, pour l'expulsion du fœtus. La délivrance suivit de près, sans hémorrhagie.

L'accouchement terminé, on procéda à la réduction de la matrice, qui s'opéra avec assez de facilité. Dans un effort pour rendre les urines, la matrice sortit de nouveau, mais on la maintint en place par l'application d'un bandage en T. La femme se rétablit rapidement. Le toucher annonça que les organes avaient repris leur position, et la mère put nourrir son enfant comme si l'accouchement avait été naturel. (*Compte rendu de la Société de méd. de Toulouse.*)

RHUMATISME CHRONIQUE ET DE NÉVRALGIE (*De la bouse de vache en topique dans les cas de*). La bouse de vache est un de ces remèdes populaires dont il serait peut-être difficile de s'expliquer d'une manière satisfaisante le mode d'action, mais que l'on aurait tort de repousser entièrement, sous le vain prétexte du dégoût et du ridicule

qu'il peut inspirer. Plus d'une fois déjà des médecins, qui n'ont pas craint de faire l'essai de ce moyen, ont eu à se louer de ses bons effets. M. le docteur Kemmerer, de l'île de Rhé, vient de publier quelques faits qui déposent en sa faveur. Dans trois cas de rhumatisme articulaire aigu, qui avaient résisté à différents moyens actifs et convenablement dirigés, les cataplasmes de bouse de vache ont seuls amené une prompte guérison. Il s'est également bien trouvé de l'emploi de ces cataplasmes dans les rhumatismes chroniques, les névralgies des membres, etc. La médication par excellence de ces maladies est, à ses yeux, la suivante : versez sur un cataplasme de bouse une cuillerée à soupe d'essence de térébenthine; laissez ce cataplasme pendant une heure sur la partie douloureuse, une heure et demie même; enlevez-le et le remplacez par un cataplasme sans essence. Dans les cas de sciatique, il faut y revenir deux et trois fois. La douleur que provoque cette application est très-vive, mais rien n'égale, dit l'auteur, la rapidité de la guérison qui en est la suite.

La bouse lui a paru aussi avoir une action puissante dans beaucoup de maladies de la peau. Plusieurs cas d'eczéma, entièrement rebelles, ont été ou entièrement guéris, ou considérablement amendés par cette application.

L'auteur pense, et nous croyons que c'est avec raison, que cette substance a des qualités autres que les substances simplement émollientes. Toutefois, sans vouloir nier l'efficacité de cette médication, nous devons faire observer, en ce qui concerne l'association de l'essence de térébenthine avec la bouse, dans les cataplasmes que M. Kemmerer préconise contre les rhumatismes et les névralgies chroniques, qu'il faut probablement attribuer, en grande partie, à la première de ces substances l'honneur de la guérison; témoin les faits que nous avons récemment rapportés, d'après les expériences faites dans le service de M. Rayer. (*Journ. des Conn. méd.-chirurg.*, octobre 1847.)

SINAPISMES (*Traitement de l'inflammation consécutive à l'application des*) *par le liniment oléo-calcaire.* Il arrive quelquefois que l'irritation congestive produite par les sinapismes dépasse le but que l'on se proposait, et constitue une véritable inflammation analogue à celle qui résulterait d'une brûlure au premier degré. Se fondant sur cette analogie, M. le docteur Payan a eu l'heureuse idée d'appliquer à cette sorte d'inflammation le moyen qui lui a si bien réussi dans les brûlures, le liniment oléo-calcaire. Il étend, à l'aide des barbes d'une plume, sur les surfaces malades, ce liniment, composé de trois parties d'eau de chaux et d'une partie d'huile d'amandes douces, et il place par-dessus une couche assez épaisse de coton cardé fin, fixé par quelques tours de bande peu serrés. Au moyen de ce pansement, on voit cesser presque immédiatement les douleurs et les cuissons si vives que n'avaient pu calmer toutes les applications émollientes et calmantes. (*Gaz. des hôp.*, octobre 1847.)

SUICIDE *déterminé par deux plaies transversales situées au-dessus des articulations radio-carpiennes, et ayant intéressé, de chaque côté, les artères radiales et cubitales.* Un homme est trouvé mort dans un bois; les médecins chargés d'établir les causes de la mort constatent les lésions suivantes : à la partie antérieure du cou existe une plaie transversale, n'intéressant que la peau, les aponévroses et quelques fibres musculaires. Les artères carotides, les veines jugulaires et les pneumo-gastriques sont intactes de chaque côté.

Deux autres blessures existaient, l'une à l'avant-bras gauche, l'autre à l'avant-bras droit, toutes deux à la même hauteur, à 3 centimètres environ au-dessus du poignet et sur la face palmaire. La plaie de l'avant-bras gauche présentait une section nette, plus profonde en dedans qu'en dehors; elle comprenait toute l'étendue transversale de l'avant-bras, et intéressait la peau, la couche celluloGraisseuse sous-cutanée, l'aponévrose, les fibres externes du muscle cubital antérieur, le tendon du fléchisseur du petit doigt en partie seulement, les tendons du fléchisseur superficiel, excepté ceux qui se rendent à l'index et à l'annulaire, le palmaire grêle, le radial antérieur, les tendons des fléchisseurs profonds en partie. Le fléchisseur du pouce était intact, ainsi que le carré pronateur qui limitait le fond de la plaie. Les artères radiale et cubitale étaient toutes deux nettement cou-

pées, ainsi que leurs veines satellites.

Sur l'avant-bras droit on remarquait une plaie entièrement semblable à la précédente, sous le rapport de la situation, de l'étendue et de la direction. Seulement elle était plus mâchée, plus contuse; elle avait aussi un peu moins d'étendue, et bien que les artères radiale et cubitale eussent été divisées, il semblait qu'on s'y fût pris à plusieurs fois, et qu'on eût fouillé dans les tissus avec la pointe de l'instrument vulnérant. Quelques-uns des tendons fléchisseurs, superficiels et profonds, avaient été, comme dans la plaie précédente, en partie ménagés.

On remarquait enfin, sur l'abdomen, le long de la ligne médiane, une plaie parallèle à l'axe du corps, dirigée de bas en haut, à bords nets, et n'intéressant que la peau.

Les experts avaient à déterminer si les blessures trouvées sur le corps de cet homme étaient le résultat d'un suicide. Était-il possible d'admettre que cet homme se fût fait lui-même les blessures des deux avant-bras? Pour les blessures du cou et de l'abdomen, il n'était pas douteux qu'elles ne fussent le résultat d'une tentative de suicide. Cela pouvait même aisément s'admettre pour l'une ou l'autre des blessures de l'avant-bras; mais il était plus difficile de comprendre comment il avait pu se les faire toutes deux. Cependant, considérant d'une part que les tendons fléchisseurs n'étaient qu'incomplétement divisés aux deux poignets, considérant d'autre part l'état d'exaltation d'un homme qui veut en finir avec la vie, on pouvait comprendre et admettre que cet homme, après avoir vainement tenté de se donner la mort en se pratiquant successivement les deux plaies du cou et de l'abdomen, eût conservé encore assez d'énergie pour se faire les deux blessures du poignet, qui lui ont donné la mort. On comprend, par exemple, qu'après s'être fait avec la main droite la plaie du poignet gauche, il ait pu saisir encore le couteau de sa main blessée, et pratiquer la dernière blessure sur le poignet droit. La section irrégulière et comme mâchée, de ce côté, rendait encore plus probable cette dernière hypothèse. Telle fut aussi l'opinion qu'émirent les experts.

L'exactitude de ces conclusions fut confirmée par les renseignements ultérieurs, acquis à la justice. (*Revue rétrospective des cas judiciaires qui ont nécessité l'intervention de médecins dans l'arrondissement de Metz*, par MM. Isnard et Dieu.)

SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE (*De la*) *des enfants du premier âge.* La syphilis constitutionnelle se montre, chez les nouveau-nés, avec des caractères particuliers, et elle présente à cet âge une gravité qu'elle n'acquiert pas ordinairement chez l'adulte. A ce double titre, les recherches sur ce sujet encore peu connu commandent l'intérêt des médecins. Le travail de MM. Trousseau et Lasègue se distingue par un caractère tout particulier. « Un défaut commun à tous les écrits qui ont précédé le nôtre, parce qu'il tient à l'époque où ils ont paru, c'est que la discussion domine sans cesse la description..... Celui-ci pêchera par un excès tout contraire; il aura le défaut d'exclure trop absolument les questions de pathogénie. » Doit-on louer les auteurs de cette réserve? Nous ne le pensons pas. Nous croyons, au contraire, qu'aujourd'hui plus que jamais on doit aborder franchement toutes les questions en litige, relatives aux accidents syphilitiques des nouveau-nés, parce que la grande obscurité qui règne sur la plupart de ces accidents tient précisément aux préjugés qu'on a sur cette maladie. MM. Trousseau et Lasègue n'ont pas cru devoir aborder les questions de doctrine et les discussions qu'elles soulèvent, à cause, disent-ils, de l'incertitude des faits et des renseignements fournis sur l'origine des symptômes. Nous regrettons d'autant plus cette résolution, qu'ils étaient plus que personne en position de résoudre la plupart des questions. Il en est une, surtout, sur laquelle nous les avons vus avec regret éviter de se prononcer; nous voulons parler de la transmission des symptômes secondaires de l'enfant à la nourrice. Cette question pouvait être résolue par l'observation directe, et les auteurs du Mémoire que nous analysons n'avaient pas à craindre d'être trompés par de faux renseignements.

Un seul point de doctrine a été franchement énoncé: « Nous croyons, disent-ils, contrairement à la doctrine de Hunter, que la mère transmet à son enfant la syphilis par un mode d'infection spéciale et sans analogue, pour ce qui est des symptômes se-

condaires. Quant aux phénomènes tertiaires, ajoutent-ils, nous ne pensons pas, *faute de preuves*, qu'ils puissent être transmis directement et indépendamment des lésions qui constituent leurs antécédents habituels. » Nous n'adoptons pas cette dernière proposition. Il ne manque pas de preuves qui établissent la possibilité de la transmission des symptômes tertiaires, indépendamment des lésions qui constituent leurs antécédents habituels; mais il est évident que ces preuves, il faut les chercher ailleurs que chez les enfants nouveau-nés, puisque les symptômes tertiaires ne se montrent pas à cet âge.

MM. Trousseau et Lasègne n'ont pas vu les symptômes secondaires paraître avant la deuxième semaine et après le septième mois; ce sont les limites extrêmes. Comme terme moyen pour l'apparition des accidents, ils donnent la sixième semaine après la naissance. En prenant le moment de la naissance comme celui de l'infection, leurs observations seraient conformes, disent-ils, à la doctrine de Hunter, qui place l'apparition des symptômes secondaires six semaines après l'infection. Cette conclusion ne nous paraît pas légitime; car rien n'autorise à considérer le moment de la naissance comme celui de l'infection: tout porte à croire, au contraire, que celle-ci précède la première. « Les premiers symptômes sont tantôt une éruption érythémateuse, tantôt une lésion cutanée plus profonde, le plus souvent une altération de la muqueuse des narines. » Cette dernière est décrite avec détails sous le nom de coryza syphilitique. Elle s'annonce par un enchiffrènement accompagné de légères épistaxis; plus tard, des ulcérations se forment sur la muqueuse; elles donnent lieu à un écoulement sanieux. Le progrès des ulcérations peut amener la destruction et la chute des os. Il en résulte un aplatissement du nez et une dyspnée, qui est surtout marquée lorsque l'enfant tète. Cette série de symptômes constitue une affection qui peut amener les plus graves conséquences, et qui est un des accidents les plus caractéristiques de la syphilis des nouveau-nés. En effet, à un âge plus avancé, les symptômes secondaires qui se développent sur la muqueuse des narines n'acquièrent jamais la même gravité. Après le coryza syphilitique, MM. Trousseau et Lasègne décrivent avec soin la teinte cachectique que présente la peau des nouveau-nés infectés de syphilis. « La peau, et surtout celle du visage, perd sa transparence; elle devient terne, sans bouffissure ni amaigrissement; sa coloration rosée disparaît, et est remplacée par une teinte bistrée. On dirait qu'une couche de matière colorante a été déposée inégalement. » Cette coloration peut être générale ou partielle; mais, lors même qu'elle est restreinte à une petite étendue, le reste de la peau y participe à un certain degré. C'est un des premiers symptômes secondaires qui se manifestent. « Sa place est marquée au même rang que le coryza et la roséole. » Après eux, viennent les syphilides. Celles-ci peuvent revêtir presque toutes les formes d'éruptions cutanées. Sont-elles reconnaissables à des caractères généraux toujours identiques? Il ne faut pas s'attendre à reconnaître les syphilides des enfants nouveau-nés à un caractère constamment le même, tel que la teinte cuivrée, la disposition en cercle, etc. La forme, la couleur et la disposition des syphilides varient suivant la variété d'éruption, la période de la maladie à laquelle elle survient, et l'époque et la durée de l'éruption elle-même. Il y a une foule de nuances qu'une description ne peut rendre et qu'une grande habitude apprend à connaître. En se plaçant à ce point de vue pratique, on peut répondre affirmativement à la question posée: Oui, les syphilides, chez les enfants comme chez les adultes, sont reconnaissables à des caractères spéciaux. Le peu de fermeté de la peau chez les jeunes enfants fait que les syphilides, quelle que soit leur forme, deviennent facilement saignantes, et ont une grande tendance à l'ulcération. Les ulcérations, dans certaines parties, prennent toujours la forme de fissures; c'est ce qu'on observe aux pieds et aux mains, autour de la bouche et de l'anus. C'est à propos de ces fissures, que les auteurs du Mémoire se demandent si ces lésions peuvent être communiquées à la nourrice, et qu'ils laissent la question sans réponse. Cette réserve nous paraît inexplicable; car il était bien plus simple de nous donner le résultat fourni par les nombreuses observations qui ont servi de base à ce travail. MM. Trousseau et Lasègne passent ensuite

en revue les diverses éruptions syphilitiques. Ils notent que les éruptions squammeuses des pieds et des mains ont une grande valeur séméiotique. Ils pensent que, chez les enfants, la roséole est moins fréquente que les syphilides pustuleuses, le psoriasis et les tubercules plats. Ils décrivent ensuite avec soin les ulcères serpigineux qui arrivent, soit pendant, soit après la durée des syphilides. Enfin, ils terminent par quelques détails sur les désordres généraux que présente la constitution des enfants. Ceux-ci présentent un amaigrissement et un dépérissement qui vont toujours croissant. Lorsqu'il ne peut être enrayé, cet état cachectique se complique bientôt de diarrhée et de muguet. Les enfants qui succombent présentent à l'autopsie un phénomène commun; ils portent, soit dans le péricarde, soit dans les plèvres, soit même dans le péritoine, des épanchements de sérosité d'une abondance variable.

« En somme, disent en terminant MM. Trousseau et Lasègue, la syphilis constitutionnelle des enfants est une maladie dangereuse, souvent mortelle, toujours plus grave que celle des adultes. » — Nous regrettons que les auteurs de ce Mémoire ne nous aient pas fait connaître le résultat des moyens thérapeutiques qu'ils ont mis en usage, et nous espérons les voir combler cette lacune. (*Arch. de méd.*, octobre 1847.)

TARTRE STIBIÉ *à haute dose (Du) dans la pneumonie des enfants. — Moyen pour en assurer la tolérance.* L'efficacité du tartre stibié à haute dose contre la pneumonie n'est plus aujourd'hui en question; mais beaucoup de praticiens hésitent encore à appliquer cette méthode de traitement aux enfants, ignorant quelle est au juste la mesure de ses avantages, et redoutant surtout les accidents auxquels elle semble devoir plus particulièrement donner lieu dans le jeune âge. Ce point important de thérapeutique est en partie éclairé par les recherches que vient de publier, sur ce sujet, M. Hérard, interne des hôpitaux de Paris. M. Hérard n'a observé que très-rarement les accidents inflammatoires, ulcéreux, diphthéritiques, que quelques auteurs considèrent comme si fréquents à la suite de l'administration du tartre stibié à haute dose. Sur 60 cas, tant de pneumonie que de méningite, de croup ou de rhumatisme articulaire aigu, où il a vu administrer le tartre stibié à dose rasorienne, il n'a rencontré que quatre ou cinq fois de petites ulcérations aphtheuses; encore a-t-il remarqué que cela n'a lieu, en général, que chez les enfants qui, prenant avec plaisir la potion émétisée, conservent le liquide pendant quelque temps dans leur bouche avant de l'avaler. On pourrait, dans ce cas, prévenir cet accident en faisant avaler immédiatement après la potion une gorgée de tisane.

La tolérance a été au moins aussi facile à établir chez les enfants que chez les adultes; il a suffi, dans la plupart des cas, d'associer au tartre stibié une petite proportion de sirop diacode ou de pavot blanc, pour qu'elle s'établît dès les premières prises; cette précaution a été même souvent inutile. Mais un point important, et que l'on ne doit jamais négliger, pour assurer à la fois la tolérance et l'efficacité du médicament, c'est de fractionner le plus possible la potion, d'observer strictement les distances auxquelles on doit l'administrer, et de veiller à ce que les petits malades boivent peu. Nous ne devons pas omettre de mentionner ici une recommandation importante, dont l'oubli ou l'ignorance a pu contribuer souvent à rendre le médicament infidèle, c'est d'employer toujours de l'eau distillée, comme dissolvant du tartre stibié, et jamais de l'eau impure, qui a pour effet, comme l'a remarqué un pharmacien de Mantes, M. Cointreau, de transformer le mélange en un vomitif énergique par le lait de la double décomposition qui s'opère entre le tartre stibié et les sels calcaires contenus dans l'eau. La tolérance n'a pas été obtenue seulement pendant la période inflammatoire, comme le prétendait Rasori. M. Hérard a été témoin de sa persistance dans des cas où, bien que la fièvre fût tombée, on avait jugé convenable de continuer l'usage de la potion. Ainsi, il a vu de jeunes enfants prendre tous les jours de 20 à 25 centigrammes d'émétique, comme s'ils eussent pris la tisane la plus inoffensive, et manger même dans les intervalles une ou deux portions d'aliments, sans que leur digestion en parût en aucune façon troublée.

Quant aux résultats thérapeutiques, bien qu'ils aient paru en gé-

néral favorables (sur 31 enfants pneumoniques ainsi traités, 5 seulement sont morts, proportion relativement peu élevée), il n'en faudrait pas conclure à l'utilité de l'application de cette méthode à tous les cas de pneumonie. Ainsi, la pneumonie lobulaire, la plus fréquente chez les plus jeunes enfants, est beaucoup plus avantageusement modifiée par les vomitifs que par la médication rasorienne. En revanche, celle-ci a une efficacité remarquable dans les pneumonies lobaires franches, qui guérissent dans ce cas avec une extrême rapidité et presque sans convalescence. La dose du tartre stibié a été de 1 à 2 décigrammes en commençant; on a eu rarement besoin d'arriver jusqu'à 3 décigrammes; il était administré dans un julep de 60 à 100 grammes, dont on donnait une cuillerée à bouche toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant la quantité du véhicule. (*Union méd.*, octobre 1847.)

TUMEURS (*Nouvelle méthode pour la ligature des*). La ligature multiple, préférée avec raison à la ligature en masse, quand il s'agit de tumeurs à base large, n'est pas, telle du moins qu'on la pratique généralement, entièrement exempte d'inconvénients. Si l'on se borne à traverser la tumeur avec une aiguille enfilée d'un fil double, de manière à lier séparément ses deux moitiés, le fil glisse aisément de la base de chacune des moitiés de la tumeur, surtout lorsqu'elle a un certain volume, et celle-ci n'est point suffisamment étreinte. Si l'on se sert du procédé de MM. Liston et Warren, qui consiste à placer deux aiguilles à angle droit, selon les grands diamètres de la tumeur, et à lier celle-ci par quarts, on a l'inconvénient d'être obligé de faire quatre nœuds. La compression n'étant réalisée que lorsqu'on a terminé le dernier, l'un de ces nœuds, peut glisser et forcer le chirurgien d'en ajouter un ou deux supplémentaires; ou bien il arrive que, lorsqu'on veut serrer le quatrième nœud, après que les trois premiers ont été suffisamment serrés, ceux-ci, au lieu de demeurer entre les ouvertures faites par les aiguilles, se trouvent sollicités par la traction à y entrer. Or, si les nœuds sont trop gros, ils ne peuvent y pénétrer, le fil reste lâche, et la tumeur n'est point étreinte.

Pour obvier à ces divers inconvénients, M. Fergusson a imaginé le procédé suivant : on prend une aiguille courbe, à manche, dont le chas est placé près de la pointe, et on l'enfile d'un fil double. On lui fait traverser de gauche à droite la base de la tumeur, et on dégage le fil aussitôt qu'on peut le saisir. On retire l'aiguille. Le fil est coupé en deux, et l'un de ses chefs est de nouveau enfilé dans l'aiguille. Celle-ci est alors portée à travers la base de la tumeur, mais de haut en bas. Dès qu'elle a percé la peau en bas, on dégage le fil : puis, sans la retirer, on y enfile l'autre chef. En retirant l'aiguille, on ramène ce chef et on le fait sortir par l'ouverture d'en haut. Il ne reste plus alors qu'à nouer l'un des fils sortant par l'ouverture de gauche avec celui sortant par l'ouverture d'en haut, et l'autre de l'ouverture de gauche avec celui de l'ouverture d'en bas. (*Gaz. méd.*, octobre 1847.)

URÉTROTOME (*Emploi d'un nouvel) dans le traitement des rétrécissements organiques de l'urètre.* Convaincu par sa propre expérience de l'efficacité de l'incision méthodique pour la cure des rétrécissements indurés, M. Pétrequin, après avoir fait des essais comparatifs avec les urétrotomes et scarificateurs les plus recommandés, en a imaginé un dans lequel il a cherché à introduire diverses améliorations, à éviter les inconvénients qu'il a reconnus à la plupart des instruments de ce genre. Cet urétrotome dont M. Pétrequin dit avoir constaté l'utilité par la pratique, est construit comme il suit : la tige d'acier qui meut les lames est carrée et s'engage dans une cavité de même forme, dont est creusée la canule, ce qui l'empêche de se dévier et donne beaucoup plus de fixité à l'instrument et à la manœure. L'urétrotome est à double lame : chacune d'elles, placée latéralement, est portée sur une petite tige d'acier, qui fait office de ressort quand on les fait saillir ou rentrer, de façon que les lames se referment et se cachent d'elles-mêmes dans leur gaîne, quand on retire le manche de la tige, avantage qui n'existait pas jusqu'ici; de la sorte on ne craint pas de blesser l'urètre. Les deux lames s'ouvrent, c'est-à-dire font saillie en glissant sur un double plan incliné vers la pointe de l'instrument; leur bout

est arrondi et ne peut perforer le canal, elles s'écartent sans laisser de vide entre elles et la tige contre laquelle elles restent accolées, de manière qu'aucun tissu ne peut jamais s'y fourvoyer; le manche de la tige porte-lame est muni d'un curseur à vis, qui permet de régler à volonté la saillie des lames, et de calculer avec une précision mathématique le degré d'armure de l'instrument, et par là même la profondeur de l'incision: on opère ainsi avec toute sécurité. En outre, une vis latérale vient mordre sur la tige, et l'arrête au point qu'on désire. L'instrument est ainsi portatif, sans être exposé à s'ouvrir ni à se déranger; on peut l'introduire fermé dans l'urètre sans crainte qu'il se dérange. Est-il ouvert, il devient fixe et pratique une incision uniforme et régulière. Il y a plus, du côté opposé la tige est creusée d'une petite rainure où plonge la pointe d'une autre vis latérale qui sert à limiter les deux points extrêmes de la marche des lames sur leur plan incliné, dernière modification destinée à prévenir tout moyen de se fourvoyer. Enfin la canule, longue de 24 centim., se compose d'une seule pièce sans soudure; elle est graduée, afin qu'on puisse exactement appliquer le débridement à la profondeur voulue.

Pour se servir de cet instrument, on l'introduit comme une sonde droite; une fois qu'on a dépassé la coarctation, on ouvre et dégage les lames *sur place* en ramenant à soi la canule, on coupe les brides en retirant l'instrument armé, le degré de l'armure est rigoureusement fixé à l'avance; la section faite, on le referme en achevant de le retirer.

M. Pétrequin est dans l'usage de faire à la suite de cette opération une injection d'huile dans le canal; l'écoulement sanguin qui s'ensuit reste minime et agit comme antiphlogistique. Il conseille en outre de laisser un peu tomber l'inflammation avant d'essayer le cathétérisme, auquel il ne procède d'ordinaire que le troisième jour, en augmentant progressivement le calibre des sondes: souvent une seule opération suffit, et lorsque la méthode est bien appliquée, elle ne se complique pas d'accidents.

UTÉRUS (*Renversement complet de l') datant de plus de seize mois; tentatives infructueuses de réduction. — Réduction rendue facile par l'éthérisation. — Guérison.* Faut-il abandonner le renversement complet de l'utérus à lui-même, lorsqu'il date déjà de plusieurs mois, ou faut-il tenter la réduction? Jusqu'à présent, ces sortes de renversements ont été considérés comme irréductibles, et l'avis de la plupart des chirurgiens ou accoucheurs qui font autorité, est qu'il ne faut rien tenter. Consulté récemment sur un cas de cette nature, M. Danyau exprimait l'opinion, qu'on devait se borner à des moyens palliatifs, généraux et locaux; qu'un traitement curatif ne pouvait être conseillé que dans le cas où des accidents graves survenant, la vie de la malade se trouverait en danger; et que, dans ce cas même, il fallait s'abstenir de toute opération autre que la ligature. Voici une observation qui, grâce à l'intervention de l'éthérisation, devra modifier ce que ces préceptes avaient de trop absolu et de désespérant pour l'art.

Une jeune femme de vingt ans, primipare, éprouva, au moment de la délivrance, de vives douleurs, suivies d'une perte abondante. De fréquentes hémorrhagies signalèrent tout le mois suivant. Enfin, lorsqu'après des suites de couches très-longues et très-pénibles cette femme se leva pour la première fois, elle sentit s'échapper de ses parties génitales une tumeur rouge, du volume du poing. Bref, elle avait un renversement complet de l'utérus, qui rentrait naturellement pendant le décubitus et ressortait aussitôt qu'elle se levait. Un an après l'accouchement, une hémorrhagie foudroyante ayant conduit cette femme à l'hôpital (à Vitry-le-Français), ce fut alors que M. Valentin l'examina pour la première fois et constata l'état des parties. Après de vaines tentatives de réduction, toujours arrêtées par l'excessive vivacité des douleurs et par la résistance musculaire de l'organe, de fréquentes hémorrhagies se produisent, à de courts intervalles, et menacent la vie de la malade, M. Valentin se décida, quatre mois après l'entrée de la malade à l'hôpital, c'est-à-dire seize mois environ après l'accident, à faire une dernière tentative, avec le secours des vapeurs d'éther. Voici, en quelques mots, comment les choses se passèrent: — La malade fut rapidement endormie; au bout de sept minutes, la sensibilité était éteinte. M. Valentin arriva,

comme les précédentes fois, sur la matrice ; mais, dès les premières tentatives, elle se durcit en s'arrondissant, et les mêmes difficultés recommencèrent. Après dix minutes de manœuvres fatigantes et infructueuses, l'opérateur se voyait sur le point d'être obligé d'y renoncer encore, lorsque celui des assistants qui était chargé de diriger l'éthérisation, la poussant à ses dernières limites, un collapsus général et complet s'ensuivit. La main, reportée alors de nouveau dans le vagin, sentit l'utérus beaucoup plus souple, et, au premier effort, sa paroi postérieure se laissa largement déprimer par le doigt indicateur. L'autre main appuyant alors sur l'hypogastre, cette dépression alla de plus en plus en augmentant vers le fond de l'organe, qui se retourna brusquement. Le doigt indicateur, maintenu durant cette manœuvre dans le vagin, sentit alors le museau de tanche se reformer. La réduction était opérée. Après un mois de soins et de repos, la malade sortit de l'hôpital parfaitement rétablie. (*Union médicale*, novembre 1847.)

VARIÉTÉS.

—

La Faculté de médecine a fait, comme d'habitude, sa rentrée le 3 novembre. Le discours d'inauguration a été prononcé par M. le professeur Bérard. Par un heureux et trop rare privilége, l'Ecole n'avait aucune perte récente à déplorer, et l'orateur a pu choisir à son gré le texte de son discours. Il a choisi l'éloge de Haller. Dire ce qu'après tant de panégyristes, M. Bérard a su trouver encore d'aperçus neufs, de remarques ingénieuses, de jugements heureux, d'appréciations judicieuses sur les immenses travaux physiologiques de Haller, serait chose impossible. L'accueil si chaleureux qui a été fait par le nombreux auditoire à ce brillant inventaire de la physiologie du dix-huitième siècle, a dû prouver assez à M. Bérard combien on avait eu raison de regretter qu'il se montrât si avare d'aussi éminentes qualités.

Après ce discours, M. le professeur Gavarret a proclamé dans l'ordre suivant le nom des lauréats : PRIX MONTYON (médaille d'or), M. Hillairet, chef de clinique de la Faculté, et M. le docteur Collin, ex-interne des hôpitaux. PRIX CORVISART, M. Leudet, né à Rouen. PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE. La Commission a décidé qu'il n'y avait pas lieu à donner le grand prix. Le premier prix a été décerné à M. Fiédault, le second premier prix à M. Ozanam, et le second prix à M. Coffin. MENTION HONORABLE, à MM. Blondeau et Boulland.

Pendant que la Faculté ouvrait ses portes, le Val-de-Grâce inaugurait aussi par une séance publique et solennelle la nouvelle année scolaire. M. Marchal (de Calvi), chargé de prendre la parole au nom de ses collègues, a, dans un long et brillant discours, tracé une rapide esquisse des travaux effectués dans le courant de l'année par les officiers de santé militaires et des progrès auxquels ils ont concouru dans les diverses branches de l'art. Le jeune orateur a vivement excité les sympathies de l'assemblée, et provoqué de chaleureux applaudissements, lorsqu'après avoir rappelé les services de tout genre que rendent les médecins militaires, les actes de dévouement obscur, d'héroïsme et d'abnégation qu'ils accomplissent tous les

jours sur la terre d'Afrique, il a réclamé pour eux une plus équitable organisation et le droit aux honneurs militaires qui leur a été si cruellement contesté, « comme si, a-t-il dit, ceux qui partagent les boulets et la mort sur les champs de bataille ne pouvaient pas partager un peu de poudre au cimetière. » — Après ce discours, qui a excité les applaudissements mérités de l'auditoire, on a distribué les prix et proclamé M. le docteur Tholozan lauréat du concours pour le grade de chirurgien aide-major ; M. Lepricur, lauréat du concours pour le grade de pharmacien aide-major, et M. Coulier pour le grade de chirurgien sous-aide-major.

M. le docteur Godelier, professeur à l'hôpital militaire de Strasbourg, vient d'être appelé à remplir les mêmes fonctions au Val-de-Grâce.

Une ordonnance du roi, en date du 26 octobre, porte que la condition de se vouer pendant quinze ans au moins au service de santé militaire ou de la marine, prescrite par l'article 1er des ordonnances du 16 mai 1841 et du 15 mai 1842, cessera d'être exigée des chirurgiens-élèves ou sous-aides de la guerre et des chirurgiens ou pharmaciens de troisième, de deuxième ou de première classe de la marine, qui réclameront l'application desdites ordonnances.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient de faire les nominations suivantes de médecins sanitaires qui doivent aller se fixer dans les principales villes du Levant, pour étudier la peste et surveiller l'état sanitaire des navires en partance pour les ports de la France.

M. Prus, membre de l'Académie royale de médecine, le savant rapporteur de la Commission de la peste, est nommé médecin sanitaire à Alexandrie. M. Fauvel, médecin du bureau central des hôpitaux, est nommé à Constantinople ; M. Burguières, agrégé de la Faculté de médecine, est nommé à Smyrne ; M. Sucquet, médecin de la marine, est nommé à Beyrouth ; M. Amsteim, médecin de l'armée, est nommé à Damas ; M. Villemain, ancien interne des hôpitaux, est nommé au Caire. Ces postes sont d'une importance de dix à douze mille fr. par an.

Le concours pour la chaire de clinique externe à la Faculté de Paris s'est ouvert le 15 de ce mois. Le jury est ainsi constitué : M. Marjolin, *président ;* MM. Blandin, J. Cloquet, Velpeau, Gerdy, Denonvilliers, Moreau, Bouillaud, Chomel, Bérard, pour la Faculté ; Bégin, Jobert, Reveillé-Parise, Gimelle, Villeneuve, pour l'Académie. Trois des quatorze concurrents qui s'étaient inscrits n'ont pu se présenter. Ce sont MM. Hugier, Nélaton et Marchal ; et la candidature de M. Gosselin n'a pas été admise parce qu'il n'a pas six années de doctorat révolues. Le 18, les dix concurrents qui restent se sont réunis à l'École de Médecine pour traiter la question écrite : *Des rétrécissements*, et les lectures ont commencé le 21.

Le choléra, depuis les dernières nouvelles que nous en avons données, n'a pas cessé sa marche envahissante. Il continue à suivre, comme en 1830.

1831, une double ligne dans la direction du nord et de l'ouest. Le 30 septembre il avait éclaté à Moscou; vers la fin d'octobre il était déjà sur son déclin. On a appris depuis qu'il a éclaté à Saint-Pétersbourg, à Cronstadt et à Dunabourg, située à 40 milles de la frontière de Prusse. Mais toutes les correspondances s'accordent à reconnaître que la maladie revêt partout une forme de plus en plus bénigne. On remarque, dans toutes les provinces nouvellement envahies, une diminution graduelle très-sensible dans la proportion des cas nouveaux, et surtout dans la proportion de la mortalité. Quant aux cas de choléra qui se seraient déclarés à Paris, il n'est douteux pour personne aujourd'hui que ce sont des cas de choléra sporadique. Des dyarrhées et des dyssenteries se sont montrées en assez grand nombre pendant ce mois, tant en ville que dans les hôpitaux; il a pu se faire que chez quelques sujets l'affection gastro-intestinale ait été portée au point de déterminer des accidents cholériformes; mais il y a loin de ces accidents isolés qui s'expliquent très-naturellement, nous l'avons dit, par l'excessive abondance des fruits de mauvaise qualité et incomplétement mûrs dont les gens de la classe pauvre ont pu faire abus, à une épidémie dont on ne saurait en ce moment trouver la moindre trace dans l'état sanitaire de la capitale.

L'Association médicale est en ce moment en voie d'organisation dans les arrondissements de Melun, Clamecy, Alais et Thiers.

Les médecins du premier arrondissement de Paris viennent de décider qu'une lettre serait adressée au député de cet arrondissement, par laquelle invitation lui est faite de soutenir les intérêts du corps médical dans la discussion et le vote de la loi qui va être présentée à la Chambre. Cinq points, sur lesquels il y a *unanimité d'opinion*, lui sont particulièrement recommandés: 1° Suppression pour l'avenir de la distinction des médecins en plusieurs ordres; 2° Répression des abus de la publicité et des annonces médicales dans les journaux politiques; 3° Mesures plus énergiques de répression de l'exercice illégal de la médecine; 4° Rejet de la faculté accordée par la Chambre des pairs aux ecclésiastiques, frères et sœurs de charité, de donner des consultations aux malades, de leur fournir des médicaments, même à titre gratuit, sans la participation des médecins et pharmaciens; 5° Élection par les médecins aux places et fonctions médicales qui ne seront pas mises au concours. Les médecins du premier arrondissement ont cru devoir borner à ces cinq points les recommandations qu'ils adressent à leur représentant, afin qu'elles concordent avec celles que ne manqueront pas de transmettre aux leurs les autres arrondissements de la France, et que nul d'entre MM. les députés ne puisse prétexter une dissidence d'opinion pour se dispenser de se conformer aux vœux du corps médical.

Un grand nombre d'arrondissements ont également réalisé les vœux exprimés par la Commission permanente du Congrès dans sa dernière circulaire; mais il serait d'une grande importance que cette mesure présentât un tel caractère d'ensemble et de généralité, qu'aucun député n'arrivât à la Chambre sans être parfaitement renseigné sur les vœux du corps médical. Ce n'est pas sans de graves raisons que nous insistons sur ce point. Tous ceux

qui ont suivi les débats de la Chambre des pairs ont dû se convaincre que si la majorité s'est montrée si souvent contraire à nos légitimes espérances, ce n'est pas par esprit d'hostilité contre une profession dont tout le monde reconnaît l'importance et la valeur, mais bien parce que la plus grande partie de ses membres avaient une connaissance imparfaite de nos besoins, et qu'ils les ont crus opposés aux besoins généraux des populations. Tous les membres de la Chambre haute, qui avaient véritablement étudié la matière, nous ont été presque en tout point favorables.

Une conduite qui mérite d'être imitée par les Associations, est celle de l'Association de Toulouse, qui donne des consultations gratuites pour les indigents. Cette Société possède un local, où deux médecins désignés pour un mois par elle, donnent leurs consultations. Chaque mois, le journal de la localité annonce le nom des médecins consultants de la Société, et rappelle ainsi que les Associations médicales ne sont pas instituées seulement pour veiller aux intérêts du corps médical, mais surtout au soulagement de l'humanité

Le ministre de la justice vient d'adresser à tous les procureurs généraux une circulaire, dans le but de leur rappeler la décision qui déclare que l'arsenic ne pourra être employé désormais pour les embaumements.

M. le préfet de police vient de décider qu'à l'avenir les sujets destinés aux études anatomiques seraient préalablement désinfectés.

Une des célébrités chirurgicales de l'époque, M. Diffenbach, vient de mourir subitement à Berlin, à l'âge de cinquante-deux ans. Voici ce que le docteur Coutour, passant par cette ville pour se rendre à Moscou, nous raconte de ses derniers moments : « M. Diffenbach venait de rendre compte d'un malade, auquel il avait fait la ligature de l'artère brachiale ; il se disposait à pratiquer une rhinoplastie, lorsque, nous invitant à nous asseoir sur un canapé placé dans l'hémicycle de son amphithéâtre, il s'affaissa sur lui-même, sa tête s'appuya sur mon épaule... Il avait cessé de vivre. » Le docteur Angelstein, l'un des médecins de l'hôpital, tenta de lui pratiquer une saignée ; mais le sang ne jaillit point. La mort de M. Diffenbach est une perte réelle pour l'art. L'on se rappelle que c'est lui qui le premier a pratiqué l'opération du strabisme. Sans avoir rien inventé de saillant, il a attaché son nom à une foule de procédés ingénieux, et a contribué pour une bonne part au mouvement de la chirurgie contemporaine.

L'Académie royale de Belgique, dans sa séance du 2 octobre dernier, a proposé les questions suivantes pour le concours de 1847-1849. *Première question*. « Faire connaître l'influence que les marais et les *polders* exercent, spécialement en Belgique et dans les pays limitrophes, sur la santé et sur la durée de la vie ; indiquer les moyens de neutraliser cette influence en tout ou en partie, par des mesures d'hygiène tant publiques que privées. » Prix, une médaille d'or de 1,200 francs.—*Deuxième question*. « Déterminer,

par des expériences, les modifications que la fibrine éprouve pendant l'acte de la digestion; quelles sont les voies d'absorption par lesquelles elle passe dans l'économie; quels sont ses usages.» Prix, une médaille d'or de 1,000 francs.—*Troisième question*. « Faire un examen approfondi de la constitution chimique des corps gras employés en médecine; exposer leurs caractères distinctifs, leurs altérations spontanées et les moyens de reconnaître leurs falsifications. » Prix, une médaille d'or de 600 francs. — *Quatrième question*. « Exposer les diverses méthodes de traitement en usage dans les fractures des membres; discuter leurs avantages et leurs inconvénients, en faire l'appréciation raisonnée, et établir, par la théorie et l'expérience, quelle est celle qui doit obtenir la préférence. » Prix, une médaille d'or de 1,000 fr. — *Cinquième question*. « Déterminer, par l'observation et l'expérimentation, la part respective des centres nerveux sur les mouvements du cœur. » Prix, une médaille d'or de 800 francs. — *Sixième question*. « Faire l'histoire des tumeurs blanches des articulations, en insistant particulièrement sur le traitement que réclame chacune de leurs variétés. » Prix, une médaille d'or de 1,000 francs. — *Septième question*. « Indiquer l'influence que les changements opérés depuis trois ans dans le régime alimentaire, par suite de la crise des subsistances, ont exercée quant au caractère, à la fréquence, à la marche, à la terminaison et au traitement des maladies, tant sur les populations libres que sur celles des prisons et des établissements de bienfaisance.» Prix, une médaille d'or de 800 francs.

Pour le Concours de 1847-1851. — « Exposer l'état de nos connaissances sur le lait ; déterminer, par des expériences nouvelles, l'influence qu'exercent sur la composition et la sécrétion de ce liquide animal les différents genres d'alimentation et l'ingestion des matières médicamenteuses. » Prix : une médaille d'or de 1,500 francs.

Les Mémoires en réponse à ces questions doivent être écrits en latin ou en français. Leur remise devra avoir lieu, savoir : pour les questions du premier progamme, avant le 1er avril 1849, et pour celles du second, avant le 1er avril 1851.

Les Mémoires manuscrits seront seuls admis au concours ; ils devront être adressés à M. le docteur D. Sauveur, secrétaire de l'Académie, au Musée, à Bruxelles.

Le tableau suivant de la mortalité pendant le trimestre d'été de ces trois dernières années, montre l'énorme proportion de phthisiques qui existent en Angleterre. Le relevé comprend 117 districts, 36 dans Londres et 81 dans les campagnes environnantes.

	1845.	1846.	1847.
Variole..................	76	51	320
Rougeole..................	638	78	521
Scarlatine.................	194	208	316
Dyssenterie..............	43	75	143
Typhus..................	273	403	895
Consomption.............	1,111	977	1,071

La population de ces 117 districts est de 6,612,800 individus.

On va faire, par ordre du ministre de l'intérieur, le recensement de tous les aliénés qui se trouvent dans les différents hospices de France.

Le concours pour la chaire de clinique interne, vacante par la mort de M. Broussonnet, s'est ouvert à Montpellier le 3 de ce mois, ainsi que nous l'avions annoncé. Le sujet de la question écrite a été le suivant : « Exposition des principes fondamentaux de la clinique médicale. »

L'hôpital Louis-Philippe, qui s'élève, ainsi que nous l'avons dit, dans le faubourg Poissonnière, sur les terrains de l'ancien clos Saint-Lazare, prend chaque jour un développement de plus en plus sensible. Les travaux de cette immense construction sont poursuivis sans relâche. Le nombre des ouvriers employés dans les vastes chantiers de l'entreprise est de plus de 600. Les murs d'enceinte, terminés depuis longtemps, enveloppent une superficie de 34,000 mètres.

Des huit corps de bâtiments dont se composera l'hôpital, les six destinés aux malades sont élevés sur des caves, auxquelles on a donné des proportions toutes particulières : les deux autres corps de bâtiments, réservés pour le service administratif, et situés à l'extrémité nord de l'hôpital, ne tarderont pas à sortir de leurs fondations. Les six premiers, ceux destinés aux malades, se composent d'un rez-de-chaussée, d'un premier et d'un second étage et des combles.

La principale cour, celle où sera établi le jardin, a une superficie de 5,920 mètres : 116 en longueur, 45 en largeur. Les dispositions sont prises pour donner à ce monument toutes les conditions de salubrité et d'assainissement que réclame sa destination. L'administration de la ville de Paris, pour rendre les abords de l'hôpital plus faciles et permettre à l'air une large circulation, se propose d'acquérir les terrains qui bornent le monument à l'est et à l'ouest, et a l'intention d'y faire des plantations.

Une large rue de 15 mètres, partant de l'église saint Vincent-de-Paul, viendra aboutir à l'entrée principale de l'hôpital, qui, comme nous l'avons déjà fait remarquer, est situé au midi. Les terrains vagues des deux côtés de la rue projetée seront livrés à l'industrie particulière. Enfin, pour compléter le système d'isolement qu'on a adopté, une autre rue, large de 12 mètres, existera au pourtour de l'édifice. Dans les proportions où il se développe, cet hôpital deviendra non-seulement un établissement modèle, mais le plus vaste des monuments de ce genre que possède la capitale.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA FIÈVRE SYNOQUE AU POINT DE VUE DE LA SÉMÉIOTIQUE ET DU TRAITEMENT DES FIÈVRES CONTINUES.

Il n'est pas un des lecteurs de ce journal qui ne connaisse déjà la *fièvre synoque*, soit d'après les descriptions des anciens auteurs, soit surtout d'après sa propre expérience. C'est en effet une maladie très-fréquente, et que l'on rencontre bien plus dans la pratique ordinaire que dans celle des hôpitaux. Mais comme l'existence de cette fièvre semble oubliée aujourd'hui, il ne sera pas inutile, afin d'éviter tout malentendu, de commencer par la définition. Nous désignons sous le nom de fièvre synoque : « une maladie de l'ordre des *fièvres*, à type « continu et régulier, ne s'accompagnant d'aucune affection locale pré« dominante, bénigne dans son caractère, se développant ordinaire« ment sans être précédée de prodromes, durant à peu près un septe« naire, et se terminant le plus souvent par un mouvement critique « sans laisser à sa suite de convalescence. » Telle est la définition que nous avons donnée, dans notre thèse inaugurale, de cette maladie.

Au moment où nous écrivons ces lignes, nous venons de voir dans un autre journal un compte-rendu, très-bienveillant du reste, de notre travail. Seulement l'auteur anonyme de ce compte-rendu nous adresse une sorte de reproche, parce que nous n'avons pas semblé tenir compte des recherches que M. Louis a consignées dans son livre sur la *gastro-entérite*, et desquelles il résulterait que cet auteur connaissait la maladie dont nous nous occupons. Notre silence à cet égard n'est cependant ni un oubli, ni une injustice. Si nous n'avons pas cité M. Louis, c'est que cet auteur ne nous en a pas donné l'occasion. On nous dit que, « en nous « faisant si bien connaître les symptômes et les lésions propres à la « fièvre typhoïde, M. Louis nous a implicitement appris à reconnaî« tre les cas qui ressemblent à cette affection et qui néanmoins ne lui « appartiennent pas. » Laissons de côté ce raisonnement dans lequel l'enthousiasme semble tenir la place de la logique. Soyons plus sobres d'admiration, plus exigeants en fait de preuves. Que nous a dit M. Louis, dans ses Recherches sur la fièvre typhoïde, à l'égard du sujet qui nous occupe? Voici ce que notre critique trouve de mieux à prêter : « On voit tous les jours un mouvement fébrile aussi intense « (que celui de la fièvre typhoïde) *avec ou sans symptômes locaux*,

« *dans l'absence des phénomènes qui caractérisent l'affection ty-*
« *phoïde*, disparaître après une durée de trois ou quatre jours, sans « qu'on ait prescrit autre chose que des délayants, le repos, la diète. » Cette citation prouve tout au plus que l'auteur des Recherches sur la gastro-entérite avait le sentiment instinctif de l'existence de la fièvre synoque, mais là-dessus, il partageait le sentiment commun à la plupart des praticiens, et en cela il restait bien au-dessous de ce que l'on pouvait attendre de son talent d'observation. M. Louis n'a pas donné un seul des caractères de cette maladie, et n'en a pas affirmé l'espèce; bien plus, il n'a pas eu, même, un nom pour la qualifier.

Après avoir demandé pardon à nos lecteurs de cet incident soulevé par l'actualité du sujet, nous entrons dans le fond de notre sujet.

Ce sont de hautes et intéressantes questions que celles qui se rapportent au traitement des fièvres typhoïdes, mais aussi remplies d'obscurité et de confusion. C'est l'éternel sujet des controverses médicales, le problème sans cesse agité, jamais résolu, que toutes les découvertes récentes, que vingt siècles de travaux antérieurs n'ont point encore suffisamment éclairci. Quelque valeur que nous accordions aux réformes pyrétologiques diverses, à celle surtout qui est une des gloires de notre époque médicale, nous avouons néanmoins que le problème du traitement des maladies dont nous parlons est encore à décider.

Certes, ce ne sont ni les faits, ni les expérimentations, ni les chiffres qui manquent. Rien de plus vulgaire aujourd'hui. De toutes parts on observe des faits, on publie des résultats. De toutes parts surgissent des statistiques où l'on additionne des succès. Chaque expérimentateur a sa méthode. Chaque méthode enfante des merveilles... Assurément nous voulons bien ne pas en douter; mais pendant que ces affirmations ainsi se croisent et se multiplient, nous voyons augmenter l'embarras des praticiens au lit du malade et nous comptons davantage avec nos réserves. Ainsi toutes ces statistiques sur le sujet qui nous occupe passent comme frappées d'impuissance à établir une réalité, et fatalement condamnées à en appeler incessamment à de nouveaux faits qui ne contiennent pas davantage la solution désirée.

Au lieu de s'obstiner à imiter les Danaïdes dans cette recherche indéfinie et laborieuse de la vérité, n'irait-on pas plus droit au but, si on s'étudiait, avant tout, à reconnaître les causes qui s'opposent à une vérification scientifique en apparence aussi simple? Et cette détermination ne serait-elle pas un progrès plus immédiat et plus sûr que cet appel sans cesse interjeté aux faits de l'avenir?

Nous demandons en effet et tout d'abord, si l'on s'entend bien de part et d'autre sur l'objet en litige. Avant de comparer, au moyen de

faits observés, les divers traitements qui réussissent le mieux contre la fièvre typhoïde, il faut supposer que tout le monde est d'accord sur le diagnostic de ces faits, sur la délimitation précise de cette maladie. Il est évident que c'est là l'élément de la discussion, la première solution à consulter ou à définir, celle sans laquelle toutes les autres échapperont difficilement aux conséquences ordinaires d'un principe mal posé, celle qui seule peut donner quelque valeur aux unités, et aux faits quelque signification.

Or, malgré toutes les apparences, cette question première n'est pas réellement déterminée. Qu'on nous en montre quelque part la démonstration, non pas même rigoureusement établie; mais même essayée! Ne voyons-nous pas au contraire le vague et l'arbitraire ici faire loi? Ne voyons-nous pas les doctrines les plus opposées limiter, chacune à leur point de vue, l'horizon du débat?

Voyez ce qui arrive : d'une part, il est des médecins qui, niant d'une manière formelle la fièvre typhoïde comme espèce morbide, se mettent à la décomposer en autant d'espèces qu'elle peut avoir d'affections prédominantes. Pour eux, la prédominance d'une des affections symptomatiques de cette maladie, telles que la méningite, la pneumonie etc., suffit pour distraire ces cas des cadres de la fièvre typhoïde, sous prétexte de *complication*, et on peut penser combien, en dehors de ces complications, est rare le chiffre de la mortalité! Il est des médecins, au contraire, qui rencontrent et ne voient partout que la fièvre typhoïde ; ceux-ci appliquent ce terme à une foule d'affections fébriles très-insignifiantes, et comme ils additionnent indistinctement tous les cas, rien n'est plus élevé que le chiffre de leurs succès.

Il est surtout une maladie qui joue un très-grand rôle dans la confusion que nous signalons : c'est elle qui, avec la *forme bénigne* des fièvres typhoïdes, fait les principaux frais de ces succès extraordinaires que chaque méthode thérapeutique nouvelle ne manque pas d'obtenir. Cette maladie, nous l'avons déjà nommée, c'est la synoque. En effet, comme elle n'est point rare, qu'elle guérit spontanément et en quelques jours, et qu'elle est généralement confondue avec la fièvre typhoïde, il est facile de penser si elle est un docile argument dans cette question. Cette maladie, dont nous voulons parler d'une manière toute particulière, est celle que Galien *jugula* au quatrième jour, par une saignée poussée jusqu'à la syncope (1) ; c'est celle au sujet de laquelle Lieutaud disait : « Ceux qui par leur conduite, autant que par leurs discours, « avaient fait attendre une longue maladie, sont un peu déconcertés de

(1) Gal., *Méth. méd.*, l. IX.

« la voir finir dans trois ou quatre jours ; mais cela ne les empêche pas « de vanter avec effronterie le bon succès de leur méthode (1). »

Cette fièvre était familière aux anciens médecins. Mais depuis que les belles découvertes sur l'anatomie pathologique ont fait substituer à la pluralité des diverses fièvres putrides continues de l'antiquité, l'unité de la fièvre typhoïde moderne, celle-ci a envahi toute la pyrétologie, et a effacé en quelque sorte jusqu'aux traces des autres fièvres qui cependant ne sauraient rentrer dans la même unité. Ainsi a été oubliée la tradition de deux fièvres très-simples et très-légères, la fièvre éphémère et la fièvre synoque, si connues qu'elles fussent autrefois.

Il est vrai de dire que, pour la synoque en particulier, il y a souvent entre cette dernière maladie et la fièvre typhoïde une grande analogie, sinon une similitude parfaite de symptômes ; et que, même dans quelques cas, au début, il se rencontre beaucoup de difficultés à les distinguer l'une de l'autre. Mais d'abord, c'est là une de ces difficultés pratiques dont le diagnostic des maladies fourmille. Il ne s'ensuit pas que cette distinction ne soit réelle au fond ; enfin elle est bien loin d'être toujours imperceptible. Elle est même le plus souvent assez évidente pour que les praticiens, obéissant en ceci à un sentiment instinctif de l'art plutôt qu'à une formule scientifique établie, affirment cette distinction par leur langage. C'est en regard de ces faits que l'on entend prononcer chaque jour ces dénominations : d'*embarras gastrique fébrile, courbature, état saburral, fièvre gastrique, fièvre légère,* qui, si elles ont le tort d'être mal définies, ont au moins toujours cet avantage d'exprimer la préoccupation d'un état morbide distinct de la fièvre typhoïde.

Si ce sentiment pratique est général, si la tradition a été unanime, n'est-ce point qu'il y a là une présomption légitime à vérifier ; que la science gagnerait beaucoup en précision par cette démonstration une fois établie ; et que dans la pratique, enfin, la question du traitement des fièvres typhoïdes, posée en dehors des faits étrangers à la discussion, aurait au moins plus de chances d'être un jour résolue ? Or, la conclusion à laquelle nous sommes arrivés dans nos études cliniques sur les fièvres, dans les hôpitaux, est entièrement conforme à l'idée traditionnelle et au sentiment des médecins. Elle affirme l'existence de la fièvre synoque comme espèce morbide, une, distincte, indépendante de la fièvre typhoïde, — et la nécessité absolue de la distinction de ces deux maladies. Ce n'est pas le lieu de revenir ici sur cette démonstration que nous avons cherché à établir ailleurs. Dans un recueil de cette na-

(1) Lieutaud, *Précis de la méd. prat.*, t. Ier, p. 39.

ture, nous devons nous borner à exposer les applications pratiques de cette distinction nosologique au lit des malades, car ce n'est pas chose sans conséquence pour l'intérêt des malades, sans gravité pour la considération des médecins, que de formuler indifféremment, au début, le diagnostic d'une fièvre typhoïde ou d'une fièvre synoque, d'attacher à celle-ci le pronostic de celle-là, et enfin de les confondre toutes deux dans un traitement commun.

C'est là ce qui nous a engagé à appeler l'attention des lecteurs de ce journal sur cette grave question, et à mettre sous leurs yeux les points de vue les plus importants qu'elle soulève en médecine pratique, et qui peuvent servir à préparer la solution de ce grand problème du traitement des fièvres continues, encore pendant.

Galien s'est occupé le premier de préciser le diagnostic des fièvres continues légères, et le soin qu'il y a mis prouve assez l'importance qu'il y attachait. Les principaux signes dont il fait mention sont ceux tirés de l'existence d'une cause occasionnelle, de la coction des urines, des caractères du pouls, des qualités de la chaleur, du type de la maladie, de sa durée, et de la facilité avec laquelle les malades supportent l'intensité de la fièvre. Plus tard, Lomnius et Fernel ont fait un signe particulier de l'absence des prodromes. Avicenne ajoutait beaucoup de valeur à la marche de la maladie. Boerhaave et Van Swieten s'attachaient principalement, pour la connaître, aux phénomènes de l'invasion. Nous profiterons de ces travaux et de nos propres observations.

Dans les signes diagnostiques les plus importants de la synoque, nous plaçons les suivants :

1° L'*invasion* de la maladie, au milieu d'une santé parfaite, soit qu'il y ait quelques légers préludes, ce qui est rare, soit qu'il n'y ait pas de prodromes, comme on le voit le plus communément. Lorsqu'il en existe, ils sont insignifiants et de très-courte durée.

2° Les caractères du *pouls* peuvent fournir un très-bon signe. Toutes nos observations s'accordent à montrer le pouls développé, plein, fréquent, et surtout d'une régularité parfaite soit dans l'intensité, soit dans l'intervalle des pulsations, comme dans l'état de santé.

3° Il en est de même pour la *chaleur* de la peau. Elle est toujours élevée, égale, soutenue, haliteuse, douce au toucher, facilement tolérable pour les malades.

4° L'*état des forces* et de l'habitude extérieure est pour nous surtout un signe précieux. On voit les malades couchés dans leur lit dans les positions les plus naturelles, changer d'attitude avec facilité, ré-

pondre à toutes les questions qui leur sont adressées, et converser, en un mot, avec les personnes qui les entourent, presque avec autant d'aisance que dans l'état de santé. Les uns éprouvent de la lassitude, les autres de l'accablement plus ou moins marqué, une certaine oppression des forces ; mais on n'aperçoit jamais en eux rien qui ressemble à de la stupeur, à de la sidération ou à de l'adynamie.

5 C'est un signe très-important que l'*absence* complète et entière *de toute tache lenticulaire* analogue à l'éruption caractéristique de la fièvre typhoïde. Nous n'avons jamais vu non plus de sudamina, ni de miliaire, comme on l'observe fréquemment dans cette dernière maladie.

6° On tire encore un excellent signe du *défaut de simultanéité* dans les diverses *affections* qui peuvent être symptomatiques de la synoque. Ainsi, très-souvent l'état du ventre, de la poitrine et des fonctions encéphaliques, ne révèle dans les organes correspondants aucun trouble particulier ; et si, d'autres fois, il existe soit des vomissements prononcés, soit du météorisme ou de la diarrhée, soit un peu de toux ou quelque râle peu marqué dans les bronches, soit enfin du délire, jamais cependant nous n'avons vu ces affections diverses réunies et simultanées sur le même malade.

7° Des caractères importants se tirent des diverses *évolutions* et de la *durée* de la synoque. Son début est brusque, son invasion sans frisson, au moins intense ou répété, sans phénomènes d'inégalité et de concentration dans le pouls, sans abattement subit des forces ; son type est continu, et sa solution prompte, critique, décisive, soit au quatrième, soit au septième jour, soit un peu plus tard.

8° Enfin, un dernier caractère, auquel nous attachons en particulier une grande valeur, est le *défaut de toute convalescence*. Tous nos faits sont unanimes sur ce caractère.

Nous mentionnerons d'autres signes moins constants, mais dont il faut cependant tenir grand compte, ce sont :

9° *L'état de la langue*. La langue est toujours humide, mais l'enduit saburral qui la recouvre est assez variable par sa coloration ou son épaisseur. Dans tous les cas, il n'y a jamais de fuliginosités et de rougeur sèche et circonscrite à la pointe.

10° *L'état des selles*. Généralement rares et sèches, et différant peu de l'état naturel, elles peuvent être liquides et même fétides, mais la fétidité ne persiste pas. La constipation est plus ordinaire.

11° *L'état des urines*. Ordinairement colorées, quelquefois cependant limpides au début, presque toujours sédimenteuses à partir du quatrième jour, ou au moins à la fin du septenaire.

12° Enfin, c'est ici le lieu de parler de l'*état du sang*, qui est d'un

aspect rutilant, lorsqu'il est sorti de ses vaisseaux, et dont le coagulum dans le vase ne présente point de couenne inflammatoire.

Pour les taches bleues, elles n'appartiennent pas seulement à la synoque, on les retrouve dans d'autres maladies, et particulièrement dans les fièvres.

Tels sont les éléments du diagnostic. Nous avons dû mettre de la précision dans leur exposé, mais il faut se souvenir que les nuances si diverses de la pratique sont toujours incompatibles avec la précision rigoureuse de la science.

Ces signes peuvent-ils servir à distinguer une fièvre synoque des autres maladies avec lesquelles on peut la confondre au lit des malades? Le diagnostic différentiel de la synoque est une question de pratique entourée de difficultés. Et, en effet, dans toute fièvre continue, c'est toujours au début qu'il importe d'être fixé sur le diagnostic; plus tard, il est manifeste. Or, les commencements des maladies aiguës, des fièvres surtout, sont, sinon très-semblables, comme le disait Hippocrate, du moins fort analogues. On sait que les médecins les plus expérimentés, ne se prononcent pas facilement dans ces circonstances.

Entre toutes les maladies avec lesquelles la synoque est et doit être confondue, la plus considérable et la plus importante est la *fièvre typhoïde*. Or, comme un type absolu de maladie suffit rarement à ce que l'on voit dans la pratique, nous aurons soin de montrer les signes différentiels des formes les plus importantes de la fièvre typhoïde. D'abord, si l'on peut confondre la synoque avec les formes graves de cette dernière fièvre, ce n'est jamais que dans la première période et au début. Plus tard l'aggravation des symptômes rend le doute impossible.

Dans la fièvre typhoïde *commune*, les prodromes manquent rarement; ils sont même assez prolongés: l'inquiétude, l'abattement, les épistaxis, les vertiges, en sont des caractères particuliers. L'invasion est généralement précédée de quelques accès irréguliers marqués par des horripilations et des bouffées de chaleur qui alternent fréquemment, par l'inégalité et la concentration du pouls; ou bien elle se caractérise par un ou plusieurs accès considérables qui altèrent promptement la physionomie des malades et laissent à leur suite une grande dépression des forces. Bientôt la fièvre devient continue. Si la forme doit être grave, il se développe en peu de temps des symptômes qui la font pressentir. Les malades, soient qu'ils aient été forcés ou non de garder le lit dès le début, éprouvent une sorte d'ivresse qui les fait chanceler sur leurs jambes; il y a une grande pesanteur de tête plutôt qu'une

franche céphalalgie. Leur physionomie commence à révéler une vague indifférence pour ce qui les entoure ; la transparence de la peau fait place à une coloration terne, quelques plaques d'un rouge pâle se dessinent sur les pommettes ; la chaleur est forte, aride, assez souvent mordicante sur le ventre et la poitrine, désagréable aux malades ; la pupille est dilatée ; les narines deviennent pulvérulentes ; la langue présente une rougeur sèche et livide vers la pointe ; elle devient collante, la salive est visqueuse, l'haleine désagréable, les gencives sont tuméfiées et sales, la toux se manifeste, les déjections alvines, d'abord fréquentes et homogènes, sont bientôt liquides et fétides ; les urines sont claires ; le malade passe toutes les nuits dans une insomnie opiniâtre. Tous ces symptômes sont caractéristiques. Lorsque, au contraire, cette forme commune doit être moins grave, on pourrait conserver quelques doutes dans les premiers temps, si l'aggravation progressive de la maladie, l'intensité des accès ou des paroxysmes, la prostration, l'insomnie et les symptômes intestinaux ne venaient éclairer le diagnostic. Au bout d'un septenaire, il n'y a plus de méprise possible.

Dans la fièvre typhoïde *putride*, les signes différentiels sont plus sensibles. Nous n'aurons besoin de signaler que la durée plus longue des prodromes, l'invasion par un frisson fort souvent prolongé auquel succèdent presque immédiatement une chaleur âcre, brûlante, la rougeur livide de la face, la prostration, la stupeur, la surdité, les déjections involontaires, et cela dès les premiers jours de la maladie, qui prend en peu de temps des caractères d'une haute gravité.

De même, pour la fièvre typhoïde *ataxique*, cette forme se distinguera facilement, même au début, parce que tout d'abord on voit se manifester quelque symptôme inaccoutumé et grave qui annonce quelque atteinte profonde à la vie. Ce sont des irrégularités dans la chaleur inégalement répartie à la surface du corps, des changements bizarres dans le pouls tantôt lent, tantôt précipité, toujours inégal et concentré ; des mouvements désordonnés dans les attitudes ; la lésion de quelques fonctions particulières de l'intelligence ; un trouble singulier dans l'expression du visage ; une perversion de toutes les forces ; enfin des paroxysmes excessivement intenses, pendant lesquels on voit apparaître le délire, les convulsions, le trismus, le renversement de la tête en arrière, etc., etc.

Ainsi, point de difficultés sérieuses jusque-là.

Il est une autre forme de fièvre typhoïde, la forme *légère* ou *bénigne*, beaucoup plus difficile à distinguer de la synoque, non-seulement à son début, mais souvent dans toute sa durée ; forme très-inté-

ressante à connaître, et peu connue, au moins dans les livres, où elle n'est point décrite; et, elle n'est pas moins ignorée en pratique, parce que généralement elle est confondue avec la synoque. Or, nous allons nous attacher avec soin à ce diagnostic, sur lequel nous avons fait porter particulièrement nos recherches cliniques dans les hôpitaux. La fièvre typhoïde bénigne s'annonce ordinairement par des symptômes avant-coureurs communs aux autres formes de la maladie. Ces prodromes sont l'exception dans la synoque, ou bien, s'ils existent, ils sont moins marqués. Dans la première, l'invasion est moins nette et moins subite. Elle se compose souvent d'une série d'accès peu intenses, plus ou moins éloignés, sans rémission complète; ou bien le mouvement fébrile est continu et moins appréciable, et, dans beaucoup de cas, les malades peuvent ne pas garder le lit, ou même ne pas interrompre toujours leurs occupations. Très-souvent le mouvement fébrile est plus modéré en apparence dans la fièvre typhoïde légère que dans la synoque : la peau paraît moins chaude, la céphalalgie moins considérable, le pouls moins plein, la soif moins vive, ce qui n'empêche pas les malades atteints de fièvre typhoïde de présenter, au bout de peu de jours, plus de dépression dans les forces, de la pesanteur dans les mouvements, un peu d'obtusion dans l'intelligence, un certain degré de prostration, enfin, qui n'existent point dans la synoque.

La diarrhée est plus ordinaire dans la fièvre typhoïde légère : c'est plutôt la constipation dans la synoque. Si la diarrhée existe dans celle-ci, elle ne persiste point avec la même fétidité que dans celle-là. Dans la première, les urines sont claires et sans sédiment; dans la dernière, elles sont plutôt colorées et sédimenteuses. Dans les unes, il existe tout à la fois un peu de toux, de râle sibilant dans les bronches, du météorisme, de la tension du ventre, de la pesanteur de tête, ce que l'on ne voit pas simultanément dans les autres. Enfin, on ne trouve point dans la synoque ces éruptions lenticulaires et miliaires, quelquefois si abondantes dans les fièvres typhoïdes les plus bénignes.

La fièvre typhoïde légère est ordinairement moins égale, moins uniforme dans son cours. Ses accès sont plus intenses, les rémissions sont quelquefois même tellement marquées le matin, qu'on croirait les malades sans fièvre; mais ils sont tout aussi affectés qu'auparavant, et la maladie marche ainsi lentement, et comme d'une manière insensible. Quelque légère que soit cette forme, elle ne se termine jamais vers le quatrième jour, et même, à la fin du septenaire, sa solution n'est jamais complète. Malgré la cessation de la fièvre, qui peut arriver à cette dernière époque, les malades sont loin d'être guéris, comme dans la synoque. Si on les observe avec attention, on trouvera souvent, sur le

soir, un peu de chaleur à la peau et de fréquence dans le pouls ; il y a du malaise, le ventre conserve de la tension et du gargouillement, la diarrhée persiste, la langue n'est pas nette, l'appétit est trompeur. Tout cela peut durer un septenaire encore, et même plus. Il faut user de grandes précautions dans le traitement et le régime, sans cela on s'expose à voir se développer de nouveau ou s'aggraver les symptômes de la maladie. En outre, la convalescence est toujours marquée dans la fièvre typhoïde légère, tandis que dans la synoque il n'en existe pas à proprement parler. Ce retour à la santé est souvent, dans la première de ces maladies, lent, pénible, difficile, et c'est même un fait d'observation générale que, dans beaucoup de cas très-légers de fièvre typhoïde, la convalescence est souvent plus longue que le reste de la maladie.

Enfin, il n'est pas rare de voir se développer dans la fièvre typhoïde bénigne des accidents consécutifs communs aux autres formes ; et, pour ne parler ici que du plus grave de ces accidents, la perforation intestinale, on sait que les fièvres typhoïdes les plus légères sont loin d'être à l'abri de ce funeste accident. La chute des cheveux arrive aussi dans les mêmes fièvres. Rien de semblable assurément pour la synoque.

Voilà ce que l'observation nous a appris de légitime sur le diagnostic de la synoque et de la fièvre typhoïde. Il s'est développé dans les hôpitaux, l'année dernière (1846), en été et au commencement de l'automne, deux épidémies de fièvres graves, dont la première a été fort meurtrière au début. Elles se sont terminées toutes deux par un grand nombre de fièvres typhoïdes très-légères, qu'il nous a été presque toujours facile de diagnostiquer des synoques, au moyen des signes précédents. Cependant il est quelques cas que nous avons dû regarder comme douteux : on conçoit en effet que, lorsqu'il manque, dans la fièvre typhoïde légère, quelques-uns de ces caractères importants, comme les prodromes, la diarrhée ou les taches lenticulaires, ou bien lorsqu'il survient dans la synoque des symptômes peu accoutumés, tels que le délire, on conçoit, dis-je, surtout lorsqu'on n'a pas assisté à tout le cours de la maladie, que le doute ne soit pas seulement permis, mais encore commandé.

Le diagnostic de la synoque une fois établi, le reste découle de lui-même. On peut annoncer une solution prochaine, facile et toujours favorable de la maladie.

Lorsque la fièvre tombe le quatrième jour, surtout s'il survient un mouvement critique, le malade est guéri. Lorsque, la fièvre persistant, on voit les urines présenter, à partir de cette époque, un nuage ou un

sédiment, on pourra toujours annoncer la solution de la maladie pour la fin du premier septenaire ; dans ce cas, on n'aura pas toujours de mouvement critique le septième jour.

Lorsque la fièvre dépasse le premier septénaire, elle se termine au plus tard vers le milieu du septénaire suivant.

Il ne faut pas s'inquiéter de quelques symptômes en apparence considérables, de l'intensité du mouvement fébrile ou de la céphalalgie, du délire, des vomissements. Il peut bien y avoir là quelque indication particulière à saisir pour le médecin, mais jamais de crainte sérieuse à concevoir pour le malade. Les taches bleues n'aggravent en rien le pronostic. Nous avons cité des observations de cette éruption dans lesquelles la fièvre synoque a eu très-peu d'intensité ; dans les deux dernières, surtout, il n'existait, pour ainsi dire, pas de fièvre avant la fin du septénaire. Les malades sont souvent guéris lorsque ces taches commencent à peine à pâlir.

La synoque se termine constamment par la guérison. L'on n'a pas à craindre de la voir se transformer en fièvre typhoïde ou putride, comme le croyaient les anciens. L'illustre Borsieri doutait déjà des assertions d'Avicenne sur les signes de cette transformation des fièvres diaires. « Tunc dubitare licet, *ephemera ne ab initio fuerit, an ipsa* « *jam synochus putris.* » Cette prétendue dégénération n'est pour nous qu'une erreur de diagnostic.

Le traitement est fort simple. Si l'on admet, comme il est vrai, que cette maladie a une marche régulière et déterminée, qu'elle se juge d'elle-même en peu de jours, on doit admettre aussi qu'il n'est pas nécessaire de grands efforts de la part du médecin pour obtenir sa guérison.

Les anciens étaient, dans cette fièvre, très-grands partisans de la saignée, cela se conçoit : attribuant la maladie à un excès, à une effervescence du sang dans les vaisseaux, craignant de plus de voir dégénérer cet état en putridité, ils cherchaient, par de larges émissions sanguines, à apaiser ce mouvement tumultueux du sang. On sait quelle fut la conduite de Galien dans un cas de ce genre ; nous ne la proposons pas néanmoins pour modèle. Risquer quelque péril dans une maladie aussi simple ne nous paraît ni un exemple à suivre, ni un précepte à donner ; nos observations démontrent clairement que la synoque peut guérir très-bien sans saignée d'aucune sorte : cela veut-il dire que ce moyen thérapeutique soit sans influence favorable sur la maladie dont nous parlons, et qu'on ne doive jamais l'employer ? Nullement. On pourra trouver une indication opportune de la saignée dans une grande oppression des forces, dans une vive céphalalgie, le délire, ou lorsque la cause occasionnelle de la maladie sera la suppression d'une

hémorrhagie habituelle. Dans tous les cas, une émission sanguine faite à propos amènera une grande rémission dans les symptômes, et préparera sans doute la solution de la maladie par l'établissement des sueurs, comme Galien le remarque dans son observation.

Aujourd'hui, les évacuants ont repris beaucoup de vogue dans les fièvres. Dans les synoques, il est facile d'en abuser si l'on veut trouver absolument une indication de leur emploi dans l'état saburral de la langue. Ce dernier symptôme est fort banal, et il n'est à considérer que lorsqu'on le voit groupé avec l'amarescence de la bouche, les nausées, les efforts réitérés et infructueux de vomissement. En tout cas, on s'expose, en répétant souvent cette médication, à troubler la marche de la maladie, en interrompant ses crises, et à fatiguer les malades en pure perte.

L'une et l'autre de ces indications, lorsqu'elles existent, étant remplies, le reste se réduit à peu de chose. Que les malades gardent le repos au lit, qu'ils s'interdisent tout soin, toute occupation, toute nourriture. Donnez-leur simplement des boissons tempérantes en abondance, quelque apozème destiné à tenir le ventre libre, s'il y a de la constipation. Observez la tendance des crises ; la nature fera le reste.

Nous le demandons maintenant, une maladie qui guérit aussi facilement et aussi vite, dont le traitement est aussi insignifiant, ne doit-elle pas donner de merveilleuses illusions thérapeutiques aux expérimentateurs qui, la confondant avec la fièvre typhoïde, la font figurer avec cette dernière dans la statistique de leurs succès?

J. Davasse, D.-M.

DE QUELQUES ANOMALIES OBSERVÉES DANS LE COURS D'UNE ROUGEOLE ÉPIDÉMIQUE.

Malgré la fréquence de la rougeole, malgré le génie épidémique sous lequel elle se produit ordinairement, et bien qu'un très-grand nombre d'auteurs en aient fait l'objet de leur observation attentive, il reste encore, relativement à cette maladie, un certain nombre de questions toutes pratiques, dont la solution varie suivant les observateurs. Ces questions sont assez nombreuses ; nous allons tour à tour les examiner, en nous appuyant, pour les résoudre, exclusivement sur les faits. La première, comme la plus intéressante de ces questions, est celle-ci : La rougeole peut-elle se rencontrer dans le cours d'une épidémie avec tous les phénomènes qui la caractérisent, moins l'éruption exanthématique à la surface de la peau? Sydenham, le premier, je crois, a signalé parmi les rougeoles anomales une forme de la maladie régnant épidémique-

ment, et dans laquelle l'éruption, au lieu de suivre sa marche accoutumée, ne se montrait que sur quelques points limités de la peau, le cou, les épaules, par exemple. Par suite de cette observation, les médecins ayant fixé leur attention sur ce point, on reconnut la justesse de l'observation du médecin anglais ; mais quelques-uns, Gregori, Dehaen, et, après eux, MM. Guersant, Cazenave et d'autres, ont été plus loin ; ils ont avancé que dans des rougeoles parfaitement caractérisées, quant aux phénomènes d'incubation et aux symptômes d'évolution successive, l'éruption peut manquer complétement. D'un autre côté, des observateurs non moins distingués, les deux Frank, M. Rayer, sans nier ce fait d'une manière absolue, paraissent au moins fort incliner à le révoquer en doute. Pour justifier ce doute, qui ne nous semble être de leur part qu'une négation polie, ces derniers auteurs font valoir quelques arguments dont nous aurons tout à l'heure occasion de discuter la valeur.

Pour nous, nous l'avouerons tout d'abord, avant même que notre expérience personnelle nous eût mis à même de nous convaincre de la réalité des faits contestés, nous ne doutions pas de l'exactitude, de la vérité de l'observation des médecins habiles que nous avons cités plus haut. C'est une pitoyable logique que celle qui conduit à nier un certain nombre de faits, et parce qu'on ne les a point observés soi-même, et parce qu'ils ne concordent point avec les prétendues lois que nous avons établies dans la science. La nature n'est point aussi correcte que nos théories ; à côté des faits qui confirment ces lois, il y a toujours les faits, qui, s'ils ne les contredisent pas directement, montrent au moins que ces lois n'ont pas toute la portée que nous tendons à leur attribuer, et qu'elles ne sont que l'ombre des lois plus générales qui restent à découvrir. Ces faits déposent-ils contre la science? autorisent-ils à la nier? Non. Mais ils démontrent ce qu'une expérience rigoureuse prouve tous les jours à des esprits non prévenus et suffisamment éclairés, à savoir, que la science est incomplète sur un grand nombre de points. Mais nous ne voulons pas pousser plus loin ces réflexions, qui nous conduiraient au delà du but exclusivement pratique que nous poursuivons en ce moment.

Si donc des observateurs, aussi compétents que Gregori, Dehaen, MM. Guersant, Cazenave, etc., ont constaté la réalité de rougeole sans éruptions (*rubeolæ sine rubeolis*), nous disons qu'en bonne logique, ces faits doivent être admis sans réserve ; mais lorsqu'il s'agit de faits soumis à des lois dont le caractère est l'immutabilité, pour nous servir de l'expression de M. J.-P. Tessier, nous n'en sommes point réduits à la seule autorité de la tradition scientifique : si les faits que celle-ci

consacre sont vrais, ils doivent se reproduire, parce qu'ils sont le résultat de lois qu'aucune force n'a pu révoquer. Nous allons voir, par les observations qui vont suivre, et dont nous n'extrairons que ce qui a trait à la question que nous agitons en ce moment, qu'il en est réellement ainsi.

A la fin du printemps de l'année qui vient de s'écouler, nous avons eu occasion d'observer une épidémie de rougeole, que nous avons surtout étudiée au point de vue des questions qui font le sujet de cet article, dans un pensionnat de jeunes personnes, auxquelles nous donnons nos soins. Personne n'ignore que, bien qu'identique au fond, dans toutes les épidémies, la rougeole, ainsi que toutes les autres maladies populaires, se produit sous des formes différentes, suivant la constitution annuelle, et suivant d'autres conditions qui restent à déterminer. C'est ainsi que Rivière, Ethmüller, ont observé des épidémies de rougeole dont un des symptômes dominants était la diarrhée : Schierbach a rapporté l'histoire d'une semblable épidémie, dans laquelle le vomissement s'observait presque constamment. Dans nos climats, il est très-fréquent de voir la rougeole donner naissance à des épistaxis plus ou moins abondantes, soit pendant la période d'incubation, soit durant le cours de la maladie. Eh bien ! Jos. Frank rapporte que, dans une épidémie de rougeole qu'il observa à Wilna, et dans laquelle il eut occasion d'observer des centaines de malades, il n'a pas noté une seule fois cet accident, ou quelque autre hémorrhagie. Nous ne perdrons point notre temps à décrire l'épidémie à propos de laquelle nous avons entrepris ce travail, car ce serait redire, et moins bien à coup sûr, ce qui se trouve dans ces grands nosographes : nous nous contenterons d'indiquer rapidement les traits principaux par lesquels cette épidémie semblait se spécialiser, si nous pouvons ainsi dire. Pour ce qui est des symptômes observés pendant le premier stade (*stadium contagii* de Rosen), nous dirons qu'en général la fièvre primaire nous a paru souvent peu intense : les phénomènes concomitants offraient le même caractère de bénignité. Cette bénignité était telle, dans quelques cas, que nous avons vu plusieurs jeunes personnes n'accuser la maladie qu'un ou deux jours avant l'apparition de l'exanthème. Nous n'avons, dans aucun cas, observé, du côté du tube digestif, aucun phénomène saillant; mais un symptôme que nous avons vu dans la très-grande majorité des cas, est l'épistaxis. Cette hémorrhagie survenait ou dans le premier stade, ou dans le second ; ou bien encore, après s'être montrée durant la fièvre primaire, elle reparaissait pendant l'éruption. En général, la tête était soulagée par le fait de cette perte de sang. Dans un cas où celle-ci fut extrêmement abondante, et bien que l'enfant qui nous le présentait fût

très-jeune et d'une constitution fort délicate, nous n'avons pas remarqué que cet accident ait provoqué cette prostration des forces, cet abattement général que quelques auteurs ont vu naître dans cette circonstance, et qui leur suffisait pour imposer à la maladie le nom de rougeole nerveuse, comme nous dirions aujourd'hui rougeole typhoïde.

Tels étaient les traits spéciaux, la physionomie particulière de l'épidémie ; nous allons voir que ces caractères reparaissent même dans les cas où l'éruption fait défaut, et viennent ainsi déposer en faveur de l'identité de la maladie dans cette forme insolite.

Une jeune fille de vingt-trois ans, d'une constitution forte, et régulièrement menstruée, est prise, au milieu de l'épidémie, d'une douleur de tête violente, avec vertiges légers, et bourdonnements d'oreilles intermittents : en même temps que ces symptômes existent, il y a un sentiment de courbature, avec faiblesse marquée. La fièvre est intense et continue, aucune sécrétion anormale du côté des yeux et des narines, point de photophobie. Pendant deux jours, les choses restent dans cet état; le troisième jour, les yeux deviennent sensibles à la lumière, et la muqueuse est légèrement injectée ; éternuements fréquents, deux ou trois épistaxis peu abondantes. Nous l'avouerons, bien que la malade nous ait tout d'abord déclaré qu'elle n'avait jamais eu la rougeole, en face de ces symptômes, nous nous attendions plus au développement d'une fièvre typhoïde, que nous ne supposions une rougeole, surtout lorsque nous vîmes que cette fièvre intense, avec chaleur mordicante à la peau, se prolongeait sans que nous vissions paraître d'éruption. Ce qui nous portait surtout à réserver notre diagnostic dans cette circonstance, c'est que nul accident, d'un côté, ne se montrait vers le tube digestif, et que la poitrine, d'un autre côté, ne nous présentait, elle non plus, aucun symptôme. Quoi qu'il en soit, dans l'incertitude où nous nous trouvions, nous nous bornâmes à prescrire à la malade une diète absolue, des boissons adoucissantes, des bains de pieds fortement sinapisés, et le séjour au lit. Huit ou dix jours se passèrent au milieu de ces accidents, dont les uns se prononçaient davantage, et les autres s'effaçaient successivement. Enfin la fièvre cessa, et avec elle les symptômes variés qu'elle semblait tenir sous sa dépendance.

Quelle a été la nature de cette maladie ? N'est-ce point là l'ensemble des symptômes que nous avons rencontrés chez tous les enfants qui nous ont offert l'affection morbilleuse, avec tous ses caractères ? Que si l'affection des muqueuses n'a point été aussi générale ni aussi intense qu'on l'observe dans beaucoup de cas ; si, surtout, les bronches ont échappé à l'action, quelle qu'elle soit, de la cause morbifique, ce

fait, tout rare qu'il est, s'est présenté à nous dans d'autres cas, où la maladie se montrait d'ailleurs avec ses caractères les plus tranchés, avec l'éruption la plus complète. Nous avons vu que l'épistaxis, dans cette épidémie, a été notée par nous comme un phénomène presque constant : or, ici encore ce phénomène s'est manifesté. Nous le dirons même, c'est surtout cet accident, joint à ceux que nous présenta le système nerveux, qui nous fit craindre tout d'abord une fièvre typhoïde. Nous reconnaîtrons, si l'on veut, qu'au milieu de l'épidémie que nous avions sous les yeux, et chez un individu qui n'avait point encore été atteint de rougeole, cet événement était peu probable, et que la supposition de cette dernière maladie était beaucoup plus légitime. On conviendra cependant que, quand nous avons vu que l'éruption ne se développait pas, et que tous les autres symptômes, et la fièvre surtout, persistaient, cette crainte n'était pas aussi peu fondée qu'elle pourrait le paraître d'abord.

Du reste, il ne faut point ignorer que la rougeole sporadique, dans son premier stade, simule quelquefois la fièvre typhoïde, au point de mettre en défaut la sagacité des observateurs les plus habiles. C'est ainsi que nous avons vu un jeune médecin instruit tomber complétement dans une erreur de ce genre, à propos d'un concours pour l'agrégation. La fièvre typhoïde de la veille devint une admirable rougeole le lendemain. C'est ainsi surtout que nous avons vu à la Charité un jeune homme nous offrir, pendant sept ou huit jours, presque tous les symptômes de la fièvre typhoïde à son début ; puis l'éruption se développa, et suivit sa marche ordinaire. Ces erreurs sont surtout possibles quand la maladie se développe en dehors de toute influence épidémique. Pour bien saisir le caractère de la maladie, dans ces cas difficiles, il faut s'appliquer à bien reconnaître ce que les anciens appelaient l'affection catarrhale proprement dite, et qui, dans le cas de rougeole, alors même qu'elle épargnerait les bronches, se révélerait sur d'autres points de l'appareil muqueux. La forme dite pectorale de la fièvre typhoïde pourrait surtout être présumée dans quelques cas ; mais la toux, par laquelle se traduit la lésion de la muqueuse bronchique, dans cette dernière maladie, n'a nullement le caractère de la toux spasmodique, clangeuse de la rougeole. Du reste, nous le répétons, il y a ici des cas où le diagnostic est d'une grande difficulté, et où il faut savoir temporiser pour ne point s'exposer, vis-à-vis du public, toujours intéressé à nous trouver en défaut, à des mécomptes pénibles au moins pour l'amour-propre.

Mais revenons : le cas de rougeole sans éruption, que nous avons rapporté, n'est pas le seul que nous ayons observé : en voici un second

qui n'est pas moins remarquable, et par l'ensemble des phénomènes qu'il nous a présentés, et par la façon insolite dont la maladie s'est terminée. Mme B..., âgée de trente-cinq ou six ans, d'une constitution nervo-sanguine, habituellement bien menstruée, et n'ayant jamais eu, à ce qu'elle croit au moins, la rougeole, est prise, au milieu de l'épidémie, de malaise général, d'anorexie, avec fièvre peu intense : deux jours environ après le début de cette maladie, la partie antérieure de la poitrine devient le siége d'une douleur très-vive, qu'augmente incessamment une toux qui revient par quintes excessivement pénibles. En même temps que ces accidents continuent, la muqueuse nasale se prend elle-même ; puis une ou deux épistaxis ont lieu. La fièvre continue, avec exacerbation marquée le soir. La poitrine auscultée ne nous fait entendre çà et là que quelques râles sibilants, que nous ne constatons même que pendant les quintes de toux, qui continuent à être fréquentes, et qui le deviennent surtout quand la malade s'assied pour se prêter à notre exploration. Lorsque nous observâmes cette malade, nous avions déjà constaté le premier fait, et quand nous vîmes que le temps de l'éruption exanthématique était dépassé, sans que celle-ci se soit développée, fort de l'expérience que nous avions faite, nous n'hésitâmes point à voir dans cet ensemble de phénomènes un nouveau cas de rougeole sans éruption. En conséquence de ce jugement, nous nous bornâmes à prescrire à la malade des boissons adoucissantes, une simple potion gommeuse, la diète et le repos au lit. Sous l'influence de ces moyens simples, l'affection catarrhale diminua peu à peu, et finit par disparaître. Cependant, un petit mouvement fébrile continua de se faire sentir tous les jours ; la malade ayant fixé notre attention sur ce point, nous l'interrogeâmes à notre tour, et nous apprîmes que ce léger mouvement fébrile était précédé constamment d'un peu de malaise avec frissonnement, et se terminait par de la sueur à la fin de la nuit. Prescription : sulfate de quinine, 30 centigrammes, en trois paquets. Ce médicament, pris d'abord par la bouche, irrita l'estomac, et n'agit point comme antipériodique ; donné en lavement, à doses convenables, il mit rapidement fin aux accidents qui avaient motivé son emploi.

Ici encore, révoquera-t-on en doute le génie de la maladie, dont nous avons à grands traits esquissé la physionomie? Pour nous, nous croyons fermement que ces accidents étaient intimement liés à l'influence épidémique, qui, dans tous les autres cas, se révélaient d'une manière plus complète. Les médecins qui contestent la légitimité de cette assimilation, s'appuient, pour soutenir cette opinion contradictoire, sur ce que la grippe, certaines variétés de bronchite épidémique, règnent quelquefois en même temps que la rougeole. Nous ne nions pas que

cette coexistence morbide ne puisse se rencontrer dans quelques cas. Mais ce qui distinguera toujours ces cas les uns des autres, c'est l'enchaînement régulier des accidents dans la rougeole sans éruption, comme dans la rougeole avec éruption. Un autre caractère d'une non moindre valeur, nous le croyons, est encore celui-ci : nous avons dit, plus haut, que chaque épidémie de rougeole avait un caractère, un trait qui la distinguait plus ou moins nettement : ainsi il en a été de l'hémorrhagie nasale dans l'épidémie dont nous nous entretenons en ce moment. Or, dans les cas où la maladie se produit sans l'exanthème cutané, qu'on observe si les accidents sont marqués de ce cachet spécial : si l'observation confirme cette prévision, c'est là, sans aucun doute, une très-forte raison pour admettre l'identité contestée. Pour combattre les points de doctrine que nous soutenons, lorsque le fait que nous venons de rappeler vient le sanctionner, il faudrait s'engager dans une discussion, ou plutôt dans une argutie subite, pleine de périls pour le bon sens.

Toutefois, tout en admettant avec des observateurs dont l'autorité n'est contestée par personne, la réalité des faits dont nous parlons en ce moment, il faut bien nous garder d'en exagérer la fréquence : ces faits sont l'exception ; la loi, c'est la concomitance de l'exanthème cutané et de l'affection catarrhale. Il est un certain nombre de cas de rougeole anomale surtout, qu'il ne faut pas confondre avec les rougeoles sans éruption ; ces cas sont ceux où l'éruption ne suit point dans son évolution sa marche accoutumée, et où elle se borne à quelques petites sommités de la peau. J. Frank a rapporté quelque part l'histoire d'un individu qui, dans le cours d'une épidémie de rougeole, avait offert à l'observation tous les phénomènes de l'affection morbilleuse, hormis l'exanthème. Or, il arriva que cet individu portait un vésicatoire ; le chirurgien, en pansant cet exutoire, reconnut que la peau était parsemée de taches rubéoliques nombreuses.

Nous ne savons plus quel auteur a parlé d'exanthème sous-cutané, qu'il reconnaissait à des caractères qu'il indique dans une description aussi laborieuse que subtile. C'est là une idée aventureuse qu'il n'est pas même *sain* de discuter. A ce propos, nous ferons cependant une courte remarque. Sur la fin de l'épidémie que nous avons observée, nous avons vu une fille de trente-huit ou quarante ans, qui fut, elle aussi, prise de rougeole pour la première fois. Or, chez cette malade, le premier stade se prolongea plus que d'ordinaire, et comme en même temps elle se plaignait de douleurs au cou-de-pied, nous lui conseillâmes des frictions sur cette partie avec une flanelle imprégnée de baume tranquille tiédi. Chose remarquable, c'est sur cette partie même que les premières taches se développèrent. Comme il nous restait quelques autres malades en pleine

éruption, nous essayâmes l'effet de frictions sur les points de la peau non prise encore ; or, nous crûmes remarquer que ces frictions hâtaient le développement de l'exanthème, et semblaient même rendre les taches beaucoup plus abondantes dans les points où elles étaient pratiquées. Si cette observation était suivie, peut-être conduirait-elle à quelques résultats dont la thérapeutique pourrait, dans certains cas d'éruption empêchée, tirer profit.

Nous avons vu que, dans les deux cas rapportés plus haut, de rougeole sans exanthème cutané, les malades, bien que d'un âge avancé, étaient prises pour la première fois de la maladie; ceci nous conduit à poser cette question : Est-ce dans de semblables conditions qu'on observe ces rougeoles incomplètes ? Cette particularité pathologique résulterait-elle d'une qualité inconnue de la constitution, qui la rendrait jusqu'à un certain point réfractaire à l'action du *contagium* rubéolique? S'il en était ainsi, ce serait sans doute ce *quid ignotum* qui aurait permis à ces sujets d'arriver à un certain âge sans avoir été touchés par la maladie, bien qu'ils aient dû presque inévitablement traverser une ou plusieurs épidémies ? Nous nous contenterons de poser cette question; car, malgré nos recherches, nous n'avons rien trouvé dans les auteurs qui nous autorise à la résoudre. En la posant ici, peut-être en préparerons-nous dans l'avenir la solution.

Enfin, et c'est par là que nous terminerons; de même qu'il existe, nous croyons pouvoir désormais nous exprimer positivement sur ce point, de même qu'il existe des rougeoles sans exanthème cutané, existe-t-il des rougeoles sans catarrhe? Comme celle que nous venons de nous efforcer de résoudre, cette question est résolue diversement par les auteurs. Ici, cependant, la dissidence est beaucoup moins prononcée que là. On reconnaît, en général, que dans un certain nombre de cas de rougeole, les symptômes catarrhaux sont à peine dessinés, et que quelquefois même ils manquent complétement. Ce point de doctrine ne nous paraît pas susceptible d'une sérieuse contestation. Pour nous, au moins, bien que nous reconnaissions que ce cas est rare, il n'est pas douteux qu'il ne se présente quelquefois. Dans la dernière épidémie que nous avons observée, par exemple, nous avons vu deux jeunes enfants qui n'ont eu ni toux, ni coriza; la fièvre en même temps était plus vive, l'éruption peu abondante, mais parfaitement caractérisée. Cependant nous croyons que l'affection catarrhale à un degré plus ou moins prononcé manque excessivement rarement, nous le répétons, dans la rougeole, surtout dans la rougeole épidémique. Quant à la rougeole sporadique, il semblerait qu'elle présente moins rarement cette anomalie. Mais une remarque doit être faite immédiatement sur ce point. Bien que nous

n'ayons pas plus inventé les maladies cutanées que beaucoup d'autres choses dont l'invention moderne se trouve toute faite dans les vieux bouquins du passé, il est incontestable au moins que la partie anatomique de ces maladies est mieux connue et mieux traduite par des descriptions graphiques plus complètes. Or, nous ne doutons pas qu'avant qu'on ne procédât avec cette correction à l'étude des affections cutanées, celles de ces maladies qui se rapprochent par des analogies très-grandes, et sous lesquelles une analyse délicate, pointilleuse même, est seule apte à saisir des différences, nous ne doutons pas, disons-nous, que ces maladies ne fussent souvent confondues. La roséole, surtout, et quelques efflorescences innominées encore aujourd'hui pour beaucoup, ont plus d'une fois été prises pour des rougeoles. On voit de suite comment cette erreur a pu multiplier les cas de rougeole sans catarrhe. Mais, en dehors de ces erreurs, nous admettons, avec beaucoup de pathologistes d'ailleurs, que le molimen morbide, dans la rougeole, et principalement dans la rougeole sporadique, peut se porter exclusivement sur la peau, comme dans quelques cas non moins réels il épuise son action sur l'appareil tégumentaire interne.

Maintenant, quand la maladie se présente sous l'une ou l'autre de ces formes, exige-t-elle une thérapeutique spéciale? Non, sans aucun doute, quand il ne se présente d'ailleurs aucune complication interne. Si quelque complication venait à surgir, il faudrait parer à ces complications, mais pas autrement que s'il s'agissait de la rougeole la plus complète dans ses manifestations symptomatiques. M. S.

DE L'EFFICACITÉ DES SEMENCES DU PHELLANDRIUM AQUATICUM DANS LES AFFECTIONS DES ORGANES RESPIRATOIRES.

Par le docteur MICHÉA, lauréat de l'Académie royale de Médecine.

Les semences du *phellandrium aquaticum* sont employées très-fréquemment dans l'art vétérinaire. Elles servent à combattre la toux des chevaux, et elles réussissent à la faire disparaître très-promptement. Sont-ce ces succès qui ont conduit les médecins à l'idée d'expérimenter ce moyen chez l'homme, ou bien cette idée fut-elle le fruit d'un pur hasard? Je l'ignore. Quoi qu'il en soit, les semences du phellandre aquatique ont été vantées en Allemagne, il y a environ quarante ans, par MM. Herz et Hufeland, comme un médicament précieux, presque comme un spécifique dans la phthisie pulmonaire.

J'ai, un assez grand nombre de fois, mis en usage les semences du *phellandrium aquaticum* dans les bronchites ou catarrhes chroniques, dans la phthisie pulmonaire, dans l'asthme et autres affections de poi-

trine, et, je dois le dire, j'en ai obtenu des avantages très-notables. Ces semences sont à la fois stimulantes et sédatives ; elles calment la toux, et elles diminuent ou font cesser l'oppression en facilitant l'expectoration. Je ne suis même pas éloigné de croire qu'elles exercent une influence toute spéciale, une action que nul autre médicament ne peut remplacer, sur les organes de la respiration. Quelques faits m'ont prouvé que Lange ne se trompait pas en disant qu'elles font cesser le crachement de sang, qu'elles arrêtent le développement des tubercules pulmonaires, qu'elles peuvent s'opposer au ramollissement de ces tubercules, et contribuer à la cicatrisation des cavernes.

Trois observations, que je choisis entre plusieurs autres, l'une relative à une phthisie pulmonaire à son début, la seconde concernant une bronchite chronique rebelle à plusieurs moyens de traitement, la troisième où il s'agit d'un asthme nerveux, suffiront à démontrer l'efficacité des semences du *phellandrium aquaticum* contre les affections pulmonaires.

Obs. Ire. M..., cuisinier, âgé de vingt-cinq ans, est né d'une mère qui mourut poitrinaire. Depuis plusieurs années, chaque hiver, il est sujet à des rhumes tenaces. Il a une poitrine étroite et comprimée, des épaules hautes, un cou long et maigre, une haute stature, une voix faible et rauque. Il a craché plusieurs fois du sang. Le 20 mars 1847, ce malade vint me consulter. Il me dit que depuis trois mois il avait beaucoup maigri; qu'il avait, tous les deux ou trois jours, des crachements d'un sang vermeil, écumeux, abondant. Il se plaignait d'une toux sèche et fréquente, d'une assez grande difficulté de respirer, de changement dans sa voix qui devenait de plus en plus rauque, de chaleurs à la paume des mains et à la plante des pieds. Ayant percuté et ausculté sa poitrine, je trouvai, sous la clavicule droite, une légère matité accompagnée d'un peu d'obscurité dans le bruit respiratoire.

J'administrai à ce malade les semences du *phellandrium aquaticum* pendant l'espace de six semaines. Je lui conseillai, en même temps, de suspendre son travail, de s'abstenir de vin pur et d'une alimentation trop animalisée, de vivre au milieu d'une chambre où règne une température douce et invariable. Au bout de ce temps, sous l'influence du médicament dont il s'agit, aidée par le régime, les crachements de sang, la toux, l'oppression, ont disparu graduellement. La voix est devenue plus claire, la matité du son et l'obscurité du bruit respiratoire sous la clavicule droite ont rétrogradé. Enfin, le malade, depuis lors, reprend chaque jour de l'embonpoint.

Obs. II. M. F..., négociant, âgé de trente-deux ans, est d'un tempérament sanguin et d'une constitution forte. Dans l'année 1844,

il négligea un rhume ; et depuis ce temps, il tousse sans cesse ; il a la respiration très-gênée ; il expectore, surtout le matin, le soir et après ses repas, des crachats muqueux en assez grande abondance. Le bruit respiratoire s'accompagne, par moments, d'un râle sibilant très-prononcé. Avant de venir me consulter, en 1846, ce malade avait eu recours à divers moyens ; il avait employé les tisanes béchiques, les opiacés, le lichen d'Islande, les révulsifs, et malgré cela, la toux et la dyspnée persistaient, même au milieu des chaleurs de l'été. Je lui fis prendre le *phellandrium aquaticum ;* je lui en fis continuer l'usage pendant environ deux mois, en recommandant de la sobriété dans le régime, et quelques autres moyens hygiéniques. Au bout de ces deux mois de traitement, le catarrhe chronique avait disparu tout à fait : la respiration était libre, la toux et l'expectoration avaient cessé.

Obs. III. Madame M..., âgée de trente-six ans, d'une constitution moyenne, est fille d'un père asthmatique. Depuis cinq ans, elle est elle-même sujette à des accès d'asthme qui reviennent environ trois fois par an, à des époques irrégulières, en hiver aussi bien qu'en été, et qui, dans leur intervalle, la laissent dans un état de tranquillité parfaite.

Le vendredi 10 juillet 1846, la malade, qui n'avait pas eu d'accès depuis le mois de mars, devint triste, eut des envies de pleurer. En même temps elle éprouva un peu de malaise à l'estomac, et elle sentit des bouffées de chaleur lui monter au visage. Le samedi 11, elle fut prise tout à coup, à huit heures du soir, d'une suffocation extrême accompagnée d'une excrétion très-abondante d'urine pâle et limpide. Appelé, le lendemain matin, auprès de la malade, je la trouvai se plaignant d'avoir la poitrine comprimée, prétendant être sur le point d'étouffer, demandant avec instance à respirer de l'air frais, se cramponnant aux meubles de sa chambre dans le but de pouvoir mieux dilater sa poitrine. Les inspirations très-fréquentes, courtes et saccadées, jetaient la malade dans un état d'angoisse inexprimable. Le cœur avait son volume normal, ses bruits étaient aussi normaux. Le pouls, qui battait 110 frois par minute, ne donnait lieu à aucune intermittence. La percussion du thorax en avant comme en arrière fournissait un son un peu plus éclatant qu'à l'ordinaire, et il y avait un peu de râle sibilant en arrière. La toux était légère, il n'y avait point d'expectoration. Cette malade, qui avait été traitée antérieurement sans succès par les antiphlogistiques, les sédatifs, les antispasmodiques, les dérivatifs, etc., etc., prit, d'après mon conseil, des semences de phellandre aquatique ; elle en continua l'usage pendant un temps assez long, et depuis lors les accès, qui se manifestaient plusieurs fois par an, ne sont plus revenus.

Quant à la dose des semences du phellandre aquatique et à la meilleure forme sous laquelle on peut les administrer, voici ce que l'expérience m'a appris. On peut, à la rigueur, faire prendre le médicament réduit préalablement en poudre, deux fois par jour, à la dose de 5 décigrammes, mêlé avec du sucre; mais, sous forme de sirop, son emploi est préférable. De cette manière, qui est d'ailleurs plus commode et plus agréable, l'effet médicateur m'a semblé plus rapide et plus sûr. Il faut donner au malade de deux à quatre cuillerées à bouche de sirop par jour, et en continuer sans interruption l'usage pendant l'intervalle de six semaines à deux mois. Ce n'est guère qu'au bout de ce temps que les résultats salutaires en sont très-appréciables.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR L'ÉRYSIPÈLE TRAUMATIQUE ET SON TRAITEMENT.

Parmi les accidents que l'on observe à la suite des opérations chirurgicales, à la suite des plaies même en apparence les plus simples, nous devons placer en première ligne l'érysipèle, non-seulement à cause de sa fréquence, mais surtout eu égard à sa gravité. Un grand nombre d'auteurs se sont occupés de cette importante question de pratique chirurgicale, et les opinions qu'ils ont émises sur ce sujet diffèrent, soit au point de vue de la pathogénie, soit au point de vue du traitement. Pour les uns, l'érysipèle est une maladie générale, analogue à ces exanthèmes, la variole, la rougeole, qui ont pour caractère commun de parcourir fatalement leurs périodes, quel que soit le traitement que l'on mette en usage ; pour les autres, l'érysipèle est une phlegmasie locale à laquelle la thérapeutique oppose des moyens énergiques. Cette divergence d'opinions conduit donc à des méthodes de traitement qui s'opposent souvent à la guérison des malades ; aussi ne doit-on négliger aucune occasion de rechercher où est l'erreur. Les faits sont nombreux ; la difficulté existe, comme toujours, dans leur interprétation.

Dans ce travail, nous emprunterons fréquemment aux leçons cliniques de M. le professeur Blandin, et, en adoptant les principes qu'il s'efforce depuis plusieurs années de démontrer à ses élèves, nous ne serons pas convaincu seulement par la parole du maître, mais surtout par une analyse sévère et exacte des observations que nous avons recueillies au lit du malade.

Pour apprécier la nature d'une maladie, il est indispensable d'assister à l'évolution successive de toutes ses périodes ; nous devons donc

suivre pas à pas la marche de l'érysipèle, en transcrivant ici les divers phénomènes consignés dans nos observations.

Au début de la maladie, on observe du frisson, des nausées, et quelquefois des vomissements. A ces phénomènes succède une fièvre intense, et les opérés accusent un malaise général, qui fixe l'attention du chirurgien. Examinant alors la plaie, on constate un peu de gonflement, de la rougeur sur les bords ; la suppuration diminuée, supprimée même, et le pus devenu séreux, ne présentant plus le caractère du *pus louable;* souvent, sur le trajet des lymphatiques, il existe des traînées d'un rouge vif, et, par la pression, on détermine une douleur vive dans les régions où l'anatomie a démontré les ganglions lymphatiques du membre ou de la partie du tronc qui est le siége de la blessure. Chez tous les malades on observe cette douleur, et tous les ganglions augmentent de volume et offrent à l'examen les signes de l'adénite aiguë. Cette adénite est fréquemment le phénomène le plus apparent de la maladie ; souvent elle précède ces traînées d'un rouge vif dont nous avons parlé, c'est-à-dire l'injection des lymphatiques. A ces signes, qui ne reconnaît pas une angéioleucite franche, bien caractérisée? Mais bientôt, aux environs de la plaie, la peau devient le siége d'une rougeur d'un jaune paille, caractéristique de l'érysipèle ; on ne distingue plus le trajet des ymphatiques, la rougeur est uniforme, et se présente par plaques de dimension variable. Dans ce cas, l'érysipèle est déclaré, et son diagnostic n'offre aucune difficulté. A cette période de la maladie, l'adénite reste stationnaire ou elle diminue d'intensité, de telle sorte qu'il peut arriver qu'en examinant le malade quelque temps après l'apparition de l'érysipèle, on ne constate plus l'engorgement ganglionnaire, qui est constant au début. A cette période, on observe tous les phénomènes généraux d'une inflammation : fièvre intense, rougeur de la langue, soif vive, etc., et, si l'on a pratiqué une saignée, toujours le sang est couenneux, inflammatoire. En analysant ces divers phénomènes, que nous avons résumés d'une manière succincte, il est évident qu'à une lymphite a succédé une adénite, et que bientôt, sur le trajet des vaisseaux lymphatiques enflammés, la peau s'est enflammée elle-même. Il y a donc dans l'érysipèle deux éléments principaux : 1° la lymphite ; 2° la cutite, ou l'inflammation de la peau. Telle est l'opinion de M. Blandin, ou plutôt telle est la conclusion que nous devons tirer de l'analyse des faits nombreux que nous avons observés dans le cours de cette année.

La lymphite, dans l'érysipèle, n'est donc pas seulement une complication de la maladie, elle en est un des éléments principaux, je dois dire l'élément le plus important, puisque c'est par l'intermédiaire du système lymphatique que l'inflammation se généralise, puisque c'est

aux altérations de ce système de vaisseaux et du liquide qu'ils transportent que l'on doit rapporter les phénomènes d'infection que l'on observe dans la seconde période de l'érysipèle.

L'érysipèle n'est pas seulement une lymphite ; cette phlegmasie s'observe seule fréquemment, et nous avons vu qu'elle ne constitue l'érysipèle qu'autant que l'inflammation s'est propagée à la peau dans l'épaisseur de laquelle rampent les vaisseaux lymphatiques.

L'inflammation de la peau seule n'est pas non plus l'érysipèle : à la suite d'une insolation, d'une brûlure au premier degré, on observe une cutite, un érythème, et tous les pathologistes savent combien cette maladie est peu grave. La cutite, dans l'érysipèle, est donc un élément essentiel, mais moins important que la lymphite ; c'est à la cutite que l'on doit rapporter les phénomènes locaux de l'érysipèle, la rougeur caractéristique, le développement des vésicules, des bulles produites par la sérosité qui s'accumule sous l'épiderme : c'est à la cutite qu'il faut rapporter le phénomène de desquamation. La cutite n'a de gravité qu'autant que l'inflammation se propage au tissu cellulaire, aux organes voisins, aux méninges, par exemple, dans les cas d'érysipèle du cuir chevelu. Pour nous résumer, nous dirons qu'à la lymphite on doit rapporter les phénomènes généraux de l'érysipèle, à la cutite les phénomènes locaux.

Au début, nous avons dit que les malades éprouvent souvent du malaise général, des nausées, des vomissements ; plusieurs pathologistes, trop préoccupés de ces symptômes, ont commis, dans leur interprétation, une de ces erreurs de raisonnement qui conduisent, en thérapeutique, aux conséquences les plus graves ; faisant une fausse application de ce principe *post hoc ergo propter hoc*, ils ont considéré ces nausées, ces vomissements, non pas comme des phénomènes sympathiques de l'inflammation des lymphatiques, mais comme des signes d'une affection de l'estomac, qui, elle-même, est la cause de l'érysipèle ; c'est ainsi qu'ils ont admis un érysipèle produit par un embarras gastrique, par un état saburral, etc. Je ne chercherai pas à démontrer ici l'erreur de cette opinion qui, à diverses époques, a dominé en pathalogie ; il me suffira d'indiquer le peu de succès obtenu par l'emploi de ces médicaments, des émétiques, des purgatifs administrés dans le but de combattre la cause interne de l'érysipèle.

Un des caractères principaux de l'érysipèle est d'être *ambulant*, de changer de place ; cette pérégrination de la maladie s'explique d'une manière satisfaisante, si l'on admet la lymphite comme un des éléments principaux de la maladie, comme élément généralisateur. L'analyse des faits démontre, du reste, que, toutes les fois que l'érysipèle

se promène, avant la rougeur de la peau, il y a eu lymphite. Nous avons pu étudier cette marche de l'affection sur un malade qui a succombé dans le cours de cette année. Cet homme, d'une constitution pléthorique, âgé de soixante-cinq ans, à la suite d'inflammation d'une plaie de saignée, a été atteint d'un érysipèle du bras gauche; au début, nous avons constaté l'engorgement des ganglions de l'aisselle, des traînées rouges sur le trajet des vaisseaux lymphatiques du bras; vingt-quatre heures après l'apparition de ces phénomènes, nous avons observé la rougeur caractéristique de l'érysipèle. Trois jours après, les ganglions du cou sont devenus volumineux et douloureux, la rougeur a bientôt envahi cette partie du corps; plus tard, elle s'est manifestée à la face, au cuir chevelu, puis dans la région dorsale.

Dans la deuxième période de la maladie, on n'observe plus les symptômes généraux de l'inflammation, mais ceux qui caractérisent cet état typhoïde sur lequel M. Bouillaud a appelé l'attention, dans sa Nosographie médicale: le malade est dans un état de prostration, d'adynamie très-prononcé; la langue est recouverte d'une exsudation noire, elle est sèche, l'haleine est fétide; souvent des hémorrhagies abondantes ont lieu par les fosses nasales; il existe aussi fréquemment du dévoiement, et les selles sont fétides. Si dans cette période on pratique une émission sanguine, le caillot est mou, non rétracté, il ressemble à de la gelée de groseille; quelquefois il y a du délire; c'est la forme ataxique. Les malades succombent à cet état général, qui est, pour M. Blandin, un état d'empoisonnement de l'économie par la lymphe altérée par l'inflammation des vaisseaux lymphatiques.

Si nous abordons la question du traitement, nous allons voir combien il est important d'avoir une idée arrêtée sur la nature de l'érysipèle, et nous trouverons, dans les succès obtenus par la méthode de thérapeutique suivie par M. Blandin, la preuve de la vérité des principes que nous avons cherché à établir dans cet article.

Nous formulerons ici succinctement le traitement de l'érysipèle.

Si la théorie que nous avons exposée est vraie, il est évident qu'en guérissant la lymphite au début, on prévient l'érysipèle. Pénétré de ces principes, M. Blandin, aussitôt qu'il a constaté l'engorgement douloureux des ganglions lymphatiques, applique sur ces ganglions vingt-cinq sangsues; cette application est répétée le soir; le lendemain, vingt-cinq sangsues sont encore appliquées sur les mêmes points que la veille; si les ganglions étaient encore douloureux à la pression, il faudrait répéter une quatrième application de sangsues. Par ces saignées locales répétées coup sur coup, l'adénite, la lymphite sont arrêtées dans leur marche, et l'on a prévenu ainsi l'érysipèle. Depuis

que M. Blandin a recours à cette méthode de traitement, la plupart des érysipèles de son service avortent; cependant les circonstances hygiéniques n'ont pas changé; la méthode de traitement seule a été modifiée. Des onctions de cérat sont faites sur la peau qui avoisine la plaie et qui est le siége de rongeur. Après les émissions sanguines et dans leur intervalle, on maintient en permanence des cataplasmes sur les ganglions lymphatiques. Nous possédons plus de soixante observations de guérison obtenue par ce traitement; dans tous ces cas, nous n'hésitons pas à affirmer que, si l'adénite n'avait pas été enrayée, il y aurait eu érysipèle : nous en avons la preuve dans ces faits où nous avons vu l'érysipèle apparaître et succéder à une lymphite qui avait été combattue par un traitement insuffisant (1).

Si l'on est appelé trop tard, si la maladie inflammatoire s'est généralisée, on doit avoir recours aux émissions sanguines générales.

Dans la deuxième période, on n'a plus recours aux émissions sanguines. Il faut prescrire les boissons délayantes; il faut faire, comme on le dit, la médecine des symptômes; il faut combattre la diarrhée par les opiacés, la constipation par des purgatifs doux. Nous devons avouer que ce traitement ne réussit pas toujours, et l'on doit trouver, dans l'incertitude de ce traitement, la preuve qu'il faut agir au début et ne pas temporiser en ayant confiance dans le caractère bénin de la maladie.

Nous ne dirons pas ici quels sont les autres moyens préconisés par des auteurs d'un grand mérite; il serait trop long d'énumérer ici tous ces topiques spécifiques, pommades au nitrate d'argent, au sulfate de fer, etc., etc. Nous ne pensons pas non plus que les préceptes enseignés par M. Blandin convertiront les incrédules; nous serons très-heureux si ces réflexions peuvent contribuer à vulgariser des principes que nous avons vus toujours vérifiés par l'observation au lit du malade.

En étudiant l'étiologie de cette maladie, nous pourrions déduire le traitement prophylactique de la lymphite et de l'érysipèle; nous montrerions l'influence du pansement, l'action des corps irritants à la surface des plaies, et nous arriverions à cette conclusion : que pour éviter la lymphite, l'érysipèle, il faut renouveler fréquemment le pansement et faire, sur les bords des plaies, de larges onctions avec le cérat. Nous n'ignorons pas que souvent l'érysipèle se déclare sous l'influence d'une autre cause que l'irritation de la plaie; il existe une cause qui agit souvent sur plu-

(1) Nous nous sommes empressés de publier ce travail, parce qu'il démontre mieux que tout autre la marche de l'érysipèle traumatique. Quant au traitement, il est approprié à cette affection, d'après l'étiologie qu'on en donne. (*Note du Rédacteur.*)

sieurs malades à la fois ; cette cause, c'est le froid humide : c'est l'influence de cette cause qui explique les épidémies d'érysipèle que beaucoup de chirurgiens ont observées ; c'est aussi l'influence de cette cause que l'on doit éviter par des soins hygiéniques appropriés.

J. Maquet.

CONSIDÉRATIONS SUR L'INTRODUCTION DANS L'OEIL DE CORPS ÉTRANGERS NON MÉTALLIQUES.

(Suite et fin [1].)

Diagnostic.—Nous avons vu que les fragments de coques de graines incrustés dans la cornée peuvent être pris tantôt pour des ulcérations de cette membrane, tantôt pour des pustules développées à sa surface ou sur celle de la conjonctive sclérotícale, près de leur jonction. Ce qui a été dit jusqu'ici servira à faire éviter des erreurs de cette nature. Dans d'autres cas, les corps étrangers de cette espèce simulent un épanchement interlamellaire de la cornée. On les en distinguera aux caractères que nous avons exposés, et surtout à ce qu'ils offrent une surface lisse, légèrement convexe, mais dont le pourtour est enfoncé dans la substance de la membrane et enchâssé dans le bord peu élevé d'une ulcération. En outre, ce bord lui-même est entouré de la couronne vasculaire déjà décrite, qui n'existe que très-rarement dans les cas d'épanchements interstitiels fibro-albumineux ou puriformes. Rarement le diagnostic présentera des difficultés sous ce rapport ; je ne me rappelle, dans ma pratique, que deux cas où il ait été embarrassant, et où j'aie hésité longtemps avant de me prononcer. Tous les deux se sont présentés à ma clinique ; dans l'un, je me suis même manifestement trompé. Voici cette observation :

Obs. V. Une femme d'une quarantaine d'années vient consulter pour une ophthalmie qui, dit-elle, la tourmente depuis longtemps. Sur l'œil droit existe une injection peu forte de la conjonctive; les vaisseaux, en petit nombre, dilatés et assez distants les uns des autres, se concentrent autour du bord inférieur de la cornée et près du milieu de ce bord, pénètrent sur la membrane où ils se resserrent. à trois millimètres environ de la circonférence, autour d'une petite tache ovalaire, blanc grisâtre, circonscrite, très-légèrement rugueuse et convexe à sa surface externe et ressemblant parfaitement à la coque d'une graine de millet. Je restai dans une véritable indécision, si je devais la regarder comme telle, ou comme un petit épanchement interlamellaire superficiel et desséché. L'examen fait à la loupe n'ajoutait rien à ma conviction, et ne me donnait aucun renseignement autre que l'exploration à l'œil nu. Je me décidai à soulever avec précaution, au moyen d'une aiguille, ce qui me paraissait un corps étranger ; mais dès que j'eus essayé d'in-

(1) Voir p. 357.

troduire la pointe de l'instrument sous son bord, quelques gouttelettes de sang en sortirent, et je ne pus rien détacher. Je m'abstins aussitôt, et j'indiquai le traitement ordinaire contre la kératite chronique vasculaire et panniforme (sangsues, purgatifs, pédiluves, frictions mercurielles, calomel à l'intérieur, et plus tard des collyres laudanisés). La kératite se dissipa petit à petit; l'opacité resta telle qu'elle avait été précédemment. La ressemblance de cette opacité avec un corps étranger était si grande, que j'y fus pris une seconde fois, une année après, lorsque la même femme revint à ma clinique pour une nouvelle kératite panniforme ou pour une rédicive de l'ancienne. Ne reconnaissant pas l'individu, et l'injection ayant tout à fait changé d'aspect, je ne me doutai pas de l'identité du cas, et, après un nouvel examen attentif, j'étais sur le point de me décider à extraire le prétendu corps étranger, lorsque la malade me rappela qu'une année auparavant j'avais fait en vain cette même tentative. Je me ravisai donc, et je me bornai à l'usage des moyens pharmaceutiques.

Le second cas de cette nature, où je n'ai pu porter un diagnostic positif, est le suivant :

Obs. VI. Une jeune fille de quatorze ans environ, en traitement depuis quelques jours pour une kératite lymphatique avec épanchement interlamellaire ulcéreux, vient se présenter de nouveau, à la fin de mai 1840. L'ulcération, placée dans la partie inférieure de la cornée, très-près de son bord, a fait des progrès et détruit les lames externes de cette membrane dans un espace circulaire d'environ 4 millimètres de circonférence. Elle est lisse et transparente; à son centre elle est un peu déprimée, et cette dépression est surmontée d'une petite opacité arrondie, jaunâtre et convexe, ayant environ un millimètre de diamètre, et ressemblant beaucoup à une coque de graine, incrustée par son bord tranchant dans la surface de l'ulcération. Cependant un certain degré de semi-diaphanéité et l'aspect membraneux de l'élévation me firent hésiter avant d'admettre l'implantation, depuis la dernière visite, d'un corps étranger dans la partie ulcérée de la membrane, fait dont la malade n'avait d'ailleurs aucunement connaissance. Il me semblait plus probable qu'un nouvel épanchement s'était formé au centre de l'ulcération même, et soulevait de nouveau une ou plusieurs des lames superficielles de cette portion de la cornée. Une tentative d'extraction pratiquée avec l'aiguille aurait pu, en rompant la vésicule, accroître le danger; je crus donc prudent de m'abstenir. Le traitement pharmaceutique par les mercuriaux, les purgatifs, le chlorure de barium, etc., et l'usage d'un collyre de borax, furent continués. Deux jours plus tard la malade revint; la vésicule avait disparu; la surface de l'ulcération était lisse et diaphane. La jeune fille ne put dire si quelque chose était sorti de l'œil. Sous l'emploi des instillations de laudanum, d'abord affaibli, puis pur, la cicatrice se forma promptement; elle s'éclaircit notablement par la continuation des mêmes moyens et par l'emploi de la pommade d'oxyde rouge d'hydrargyre.

A part les cas exceptionnels que nous venons de rapporter, le diagnostic des coques de graines introduites dans l'œil n'offre pas de difficultés. S'il existe quelques substances semblables, capables de s'implan-

ter à la surface du globe oculaire, c'est chose trop rare pour donner lieu à des considérations pratiques particulières. Ainsi, il peut arriver que des morceaux de coque de marron soient lancés entre la fente palpébrale; mais ils ne restent pas d'ordinaire attachés à la cornée, et ne donnent point lieu à des symptômes pour lesquels on doive recourir au médecin. Une fois cependant, et cela tout récemment, j'ai vu le cas se présenter avec des circonstances extraordinaires, et assez embarrassantes pour qu'il mérite d'être rapporté.

Obs. VII. Le 30 novembre, une femme d'une cinquantaine d'années se présente à ma clinique pour une violente ophthalmie externe de l'œil droit. Toute la conjonctive scléroticale est injectée par des vaisseaux en grande partie dilatés et flexueux, mais qui n'atteignent pas le bord de la cornée, dont ils sont séparés par un cercle bleuâtre (*cercle veineux*). Sur le côté interne du globe, tout près de la cornée, on voit sur la conjonctive une élévation tirant sur le brun, lisse et striée, de quelques lignes, jaunâtre sur son bord interne. Ce bord, large de 5 millimètres, découpé en deux pointes mousses, est appuyé sur la circonférence de la cornée; il forme la base d'un triangle haut de 9 millimètres, dont le sommet est dirigé vers le grand angle. L'élévation brunâtre se déplace légèrement avec la conjonctive pendant les mouvements des paupières. Cette mobilité, ainsi que sa couleur et tout l'appareil de symptômes que nous venons d'énumérer, lui donnent toute l'apparence d'une mélanose pédiculée, comme on en observe quelquefois sur les parties latérales du globe, lorsque le champignon mélanique, après avoir traversé la choroïde et la sclérotique, s'épanouit à sa partie supérieure, tandis que sa base reste étranglée par la petite portion des membranes externes qu'elle a usée et perforée. Aussi plusieurs des jeunes docteurs qui suivent ma clinique, et un praticien fort exercé présent ce jour-là, regardent-ils cette affection comme une mélanose de l'œil. Je déclare qu'en effet on peut prendre l'affection pour une tumeur mélanique, d'autant que l'ophthalmie dure depuis trois semaines, mais que, cependant, l'aplatissement de la mélanose supposée et la grande facilité avec laquelle on peut la mouvoir, ainsi que sa forme triangulaire et ses stries jaunâtres, me font regarder comme beaucoup plus probable l'existence d'un corps étranger d'une nature particulière.

J'introduis une petite spatule fine en argent sous le bord interne de l'élévation brune; elle cède immédiatement, se détache tout à fait, et aussitôt on reconnaît un fragment de coque de marron, dont la couleur normale est diversement altérée par la cuisson et par l'imbibition des larmes et du mucus. Sur la cornée, une ulcération large d'un millimètre et demi s'étend dans tout l'espace occupé antérieurement par la base du triangle que forme le corps étranger. Des vaisseaux nombreux de la conjonctive se dirigent vers cette ulcération, et traversent le cercle bleu que nous avons signalé. Une saignée, un purgatif, des onctions mercurielles et l'usage interne de la teinture de semence de colchique amenèrent une prompte amélioration. La malade est encore en traitement.

II. *Fragments d'élytres de coléoptères, ou élytres tout entiers*

de petites espèces de ces insectes.—Ils sont très-semblables, pour tous leurs caractères, aux coques de graine, et, par leur couleur d'ordinaire brunâtre, assez faciles à confondre avec celles du chènevis. Cette erreur, toutefois, n'aurait de suites fâcheuses qu'autant que, méconnaissant l'existence du corps étranger, on négligerait d'en faire immédiatement l'extraction. La nature particulière de ce corps, dont l'introduction dans l'œil est d'ailleurs excessivement rare, ne fournit aucune indication thérapeutique nouvelle. Il suffit d'en faire l'ablation de la même manière, et de combattre la phlegmasie d'après les règles données. Au surplus, on peut souvent les reconnaître, avant l'extraction, à leur forme d'ordinaire plus allongée, à la ligne droite limitant l'élytre sur son bord interne ou de jonction, enfin, à leur surface moins lisse, fréquemment striée ou ponctuée.

III. *Petites parcelles de bois lancées sur l'œil.* — Lorsque le corps étranger est un fragment de bois ou d'écorce d'arbre lancé sur l'œil, cas extrêmement rare, le lieu d'élection et les phénomènes sont à peu près les mêmes. Les caractères de l'agent irritant ne diffèrent que par sa forme très-irrégulière, son aspect strié, et quelques autres détails qu'il faudra chaque fois puiser dans sa nature particulière. La manière de l'extraire et le traitement sont les mêmes.

Je n'ai vu que deux ou trois fois de petites portions de bois s'implanter sur la cornée. La rareté de ce fait s'explique par le peu de pesanteur de ces fragments, et particulièrement par l'absence d'une surface concave et dentelée à sa circonférence, susceptible de s'adapter à la convexité de la cornée et d'y adhérer. Ces corpuscules aplatis glissent sur le miroir de l'œil, et vont tomber entre la conjonctive et les paupières, d'où ils sont bientôt entraînés par les larmes. Mais lorsque ces petits morceaux de bois possèdent des aspérités, et qu'ils sont lancés sur la cornée près de son bord, surtout près de son bord inférieur, ils peuvent s'engager dans la portion de la conjonctive voisine de la jonction cornéo-scléroticale. Dans cette portion moins lisse et plus mollasse, qui souvent se gonfle en forme de pli rouge autour de ces corpuscules, ils restent attachés jusqu'à ce que, soulevés par une suppuration éliminatoire commençante, ils soient emportés par les larmes, chose qui a rarement lieu. Fixés par des points peu nombreux, ils sont beaucoup moins adhérents que les coques de graines. Ces dernières, comme nous l'avons déjà dit, sont cramponnées par les crénelures qui bordent leur pourtour ; en outre, leur concavité embrassant la convexité de la cornée, elles ne se laissent point soulever par la sécrétion si peu abondante de la surface ulcérée, ni emporter par le liquide lacrymal.

IV. *Piquants d'enveloppes de châtaignes.* — Les corps étrangers de cette espèce, bien qu'également d'origine végétale, produisent des effets tout à fait différents de ceux décrits jusqu'ici, effets beaucoup plus violents et bien plus dangereux. Heureusement ils sont excessivement rares. La violence de leur action s'explique par la facilité avec laquelle leurs pointes, déliées et acérées, se fixent dans le miroir de l'œil, et se brisent par le seul poids du fruit. Une ou plusieurs de ces pointes, restées dans la cornée, irritent cette membrane en même temps que les paupières, et produisent une ophthalmie violente avec photophobie et épiphora, symptômes qui, par leur constance, distinguent cette espèce de corps étranger des précédentes ; car, dans le premier cas, ils sont tout à fait exceptionnels. De petites phlyctènes pellucides, formées par la conjonctive cornéenne, entourent et cachent souvent ces sortes d'aiguillons. L'extraction est assez difficile. Si les pointes sont assez longues pour faire proéminence, il faut les saisir avec une pince très-fine et sans dents. Si elles sont enfoncées obliquement, dans le sens de leur longueur, et par conséquent presque couchées à plat, il faut les soulever avec une aiguille courbe fine, introduite sous leur bord, et ne point hésiter même à fendre ou déchirer avec l'aiguille les portions de la cornée qui les recouvrent près de leur grosse extrémité. La plus minutieuse attention est nécessaire pour que leur extraction soit complète, et il est indispensable de s'assurer, à l'aide de la loupe, s'il n'en reste rien, et de détacher soigneusement les débris qu'on reconnaîtrait, en les raclant ou en les soulevant, sans quoi l'ophthalmie persiste. Deux fois seulement j'ai observé l'introduction de ce genre de corps étranger, chaque fois sur des enfants qui, dans la campagne, s'étaient amusés à se jeter des fruits de châtaignier. Je n'ai point vu survenir d'effets fâcheux semblables lorsque la même imprudence avait été commise avec des marrons d'Inde, dont les piquants sont moins déliés, moins acérés et moins cassants. Il se pourrait que des accidents pareils eussent aussi lieu quelquefois par des pointes de chardons ; mais je n'ai pas eu occasion de l'observer dans ma pratique.

Deuxième groupe. — *Soies de céréales introduites sous la paupière supérieure.* — Un accident, rare à la vérité, mais très-constant dans ses suites, c'est l'introduction dans l'œil, et sous la paupière supérieure, de la soie (*arista*) qui couronne la glume de certaines céréales, telles que le seigle et l'orge. Cet accident semble avoir échappé à l'attention des ophthalmologistes ; on n'en trouve que quelques rares observations, disséminées dans les fastes de la chirurgie. On a bien, depuis fort longtemps, signalé la fréquence des blessures peu étendues de la cornée, faites avec ces soies ou par des épis de blé pendant la

moisson, et suivies d'infiltration purulente de cette membrane et d'hypopyon ; mais on connaît peu l'accident dont il s'agit plus spécialement ici. Toutes les fois qu'une de ces soies, avec ou sans la glume dont elle fait partie, entre dans l'œil, non dans la direction d'avant en arrière où elle blesse la cornée, mais dans la direction de bas en haut, elle glisse au-devant du miroir de l'œil et au-devant de la conjonctive scléroticale, jusqu'à une hauteur plus ou moins considérable, et quelquefois jusqu'au grand repli palpébro-oculaire. Tantôt dès son introduction, tantôt plus tard, pendant les mouvements de la paupière supérieure, la pointe de la soie se fixe à la surface postérieure de cette dernière, dans la conjonctive. L'irritation de cette membrane produit, dans le point d'implantation du corps étranger, une excroissance fongueuse, plus ou moins grande, souvent d'un volume assez considérable, mais toujours aplatie par la compression qu'y exerce la paupière supérieure. Lorsque l'agent vulnérant et cette excroissance occupent la partie la plus élevée de la conjonctive palpébrale, l'affection ne se trahit au dehors par aucun autre symptôme qu'une ophthalmie gênante, souvent violente, et qui toujours résiste opiniâtrément aux moyens employés, tant que sa cause spéciale reste inconnue. Quand, au contraire, la lésion produite par la pointe du corps étranger siége à la partie inférieure de la conjonctive palpébrale, la végétation peut se montrer derrière le bord libre de la paupière, ou dans l'un des angles de l'œil, plus ordinairement l'angle externe, surtout lorsqu'on soulève un peu le voile membraneux ; alors il est naturel qu'on ait recours à l'excision ; mais cette opération peut être pratiquée à plusieurs reprises, et néanmoins l'ophthalmie persister, lorsque, derrière la fongosité ou le pédicule qui en restait, le chirurgien n'a point reconnu la pointe de la soie, celle-ci se trouvant elle-même cachée dans le grand repli palpébral. La reproduction de la végétation, et la persistance ou la récidive de l'ophthalmie, sont infaillibles dans ce cas, tant que le corps étranger n'est pas extrait. Plus d'une fois la simple inspection de la portion de la végétation visible après une légère abduction de la paupière m'a suffi pour diagnostiquer, contrairement aux assertions des malades, la présence d'une soie de céréale. De là découle le précepte de relever et de renverser la paupière supérieure, toutes les fois qu'on voit ou soupçonne une pareille végétation, de soulever celle-ci avec une pince, et d'explorer toute la région entre sa base ou son pédicule et le grand pli palpébro-oculaire supérieur, pour rechercher ce corps étranger et l'exraire.

Après son extraction, on réséquera la fongosité d'un coup de ciseaux oculaires courbés sur le plat, aussi près que possible de la con-

jonctive palpébrale. Après la résection, on cautérisera le reste du pédicule avec le nitrate d'argent, pour empêcher que l'excroissance ne repullule. Quelquefois même, pour pouvoir enlever la soie, on sera forcé de procéder auparavant à l'ablation de la fongosité. Après la cautérisation du pédicule, il faut, comme pour celle des granulations palpébrales, essuyer l'escarre avec un linge fin, puis la recouvrir d'une couche de cérat, afin de ne point produire de cautérisation et d'irritation de la conjonctive oculaire et de la cornée.

D'autres corps étrangers, semblables par leur forme et leur étendue aux soies des céréales, par exemple des esquilles minces et longues de bois ou de chalumeaux de paille, produisent parfois le même accident et exigent le même traitement.

Tels sont les corps étrangers d'origine végétale et animale, que l'expérience m'a fait reconnaître jusqu'ici comme pouvant s'introduire entre les paupières. Ceux qui appartiennent au règne minéral sont bien plus fréquemment lancés sur le globe oculaire, et leurs effets sont généralement plus fâcheux. Peut-être en ferai-je une autre fois le sujet d'un travail spécial. SICHEL, D. M.

UN MOT SUR L'EMPLOI DES INHALATIONS D'ÉTHER ET DE CHLOROFORME, APPLIQUÉES A LA LITHOTRITIE.

Par M. AMUSSAT, membre de l'Académie royale de médecine.

« Personne jusqu'ici, je crois, n'a bien compris la portée de l'éthérisation pour la lithotritie, et tout le parti qu'on pouvait en tirer : car elle n'a été encore que fort peu employée pour cette opération, et on a dit qu'il était absurde de proposer ce moyen. Au premier abord, en effet, il semble que cette opinion soit fondée ; mais, dès qu'on l'examine à fond, on voit qu'elle est erronée. Ainsi, pour la lithotritie, on ne peut se guider sur la sensibilité pour éviter de pincer la vessie. Quand on s'en aperçoit, il est trop tard, le mal est fait ; seulement, avec de l'attention, on évite de déchirer la muqueuse ; et d'ailleurs, il n'est pas possible de distinguer la douleur du pincement de celle qui est produite par le frottement de l'instrument sur les parois de la vessie. Ajoutons enfin que, sans l'éther, ou avec ce moyen, la vessie est distendue par de l'eau tiède avant de pratiquer la lithotritie, et qu'en ne fermant pas entièrement l'instrument, en le faisant mouvoir en différents sens, on peut facilement éviter le pincement de la vessie. »

Obs. 1. Vieillard de soixante-quatorze ans, constitution très-affaiblie, rétention d'urine depuis cinq ans ; catarrhe pulmonaire chronique ; calcul dans la vessie ; deux séances de lithotritie sans éther ; réaction fébrile assez

forte ; trois autres séances précédées de l'éthérisation ; absence de douleurs et de réaction ; guérison.

Obs. II. Vieillard âgé de soixante-quatorze ans ; calcul dans la vessie ; première séance de lithotritie sans l'inhalation de l'éther ; fièvre, trouble dans les idées ; deuxième séance, éthérisation, insensibilité complète, absence de réaction ; troisième et quatrième séances sans éther, à cause de la trop grande chaleur ; guérison.

Obs. III. Vieillard âgé de soixante-huit ans ; calcul dans la vessie ; éthérisation incomplète pour les deux premières séances de lithotritie ; le calcul marque 6 lignes ; troisième séance, précédée de l'inhalation ; insensibilité complète ; absence de réaction. — Le malade devra être soumis à une quatrième séance, qui sera sans doute la dernière.

Obs. IV. Vieillard âgé de soixante-cinq ans, déjà lithotritié il y a deux ans, pour un calcul de phosphate ammoniaco-magnésien ; concrétions urinaires, paraissant adhérer aux parois de la vessie ; première séance de lithotritie, précédée de l'inhalation de l'éther ; insensibilité incomplète ; plusieurs fragments de calculs phosphatiques sont brisés ; absence de réaction.

Obs. V. Vieillard âgé de soixante-dix ans, déjà lithotritié il y a deux ans, pour un calcul d'acide urique. Nouveau calcul ; trois séances de lithotritie sans éthérisation. — Cystite, réaction forte. — Peut-être avec l'éther eût-il été possible de débarrasser la vessie en une seule séance et d'éviter la réaction.

« On doit donc recourir à l'inhalation de l'éther pour la lithotritie. C'est un puissant auxiliaire, puisque la douleur est le plus grand obstacle à la prolongation de l'opération, et la cause des réactions fébriles et inflammatoires, qu'il est important d'éviter.

« Je n'ai encore opéré que quatre calculeux avec le secours de l'éthérisation. Les résultats ont été très-favorables, et les suites de l'opération ont été presque nulles, ou du moins infiniment plus simples encore qu'elles ne le sont habituellement sans l'inhalation.

« Chez les malades que nous avons soumis à l'inhalation de l'éther pour la lithotritie, nous avons parfaitement constaté, surtout chez celui qui fait le sujet de la troisième observation, M. de B***, que les effets de l'éther continuent encore quelque temps après que l'appareil a été enlevé, et après que les malades semblent entièrement réveillés, ce qui permet de prolonger l'opération sans avoir rien à redouter des effets de l'éther.

« Les opérés recouvrent l'ouïe, la vue et la parole avant la sensibilité. Ainsi, notre avant-dernier opéré croyait *qu'on frappait à sa porte* pendant que j'exerçais la percussion sur le brise-pierre introduit dans la vessie. Lorsque l'éthérisation n'est pas complète, les malades ont la conscience de ce qu'on fait ; ils remuent, s'agitent, et gênent l'opérateur ; tandis qu'après une éthérisation complète, et lorsque l'appareil est enlevé, même quand ils paraissent éveillés, ils sont insensibles à la

douleur, et ne se rappellent pas ce qu'on a fait, même lorsqu'ils ont la faculté de parler et de répondre aux questions qu'on leur adresse.

« L'éthérisation complète permet donc de faire la lithotritie sans être gêné par les mouvements et par les plaintes des malades. On peut ainsi prolonger la durée des séances, ce qui n'est pas possible et ne doit pas être fait sans l'éther, à cause de la douleur et des réactions qui pourraient en être la conséquence.

« Chez notre troisième malade, l'urine est devenue plus épaisse et a contracté une assez forte odeur, à la suite de la troisième séance de lithotritie ; mais cela doit être attribué, non à l'opération, mais à la présence des fragments qui restent et qui irritent la vessie.

« Peut-être devrait-on, pour éviter ces inconvénients, placer, dans l'intervalle des séances, une sonde à demeure dans la vessie, et injecter de temps en temps un liquide mucilagineux dans cet organe, afin d'empêcher ses contractions fréquentes, pendant lesquelles les fragments, pressés contre ses parois, deviennent surtout une cause active d'irritation. C'est ce que j'ai fait, ces jours derniers, sur un malade âgé de soixante-dix-huit ans, qui avait éprouvé, à la suite de plusieurs séances de lithotritie, des accidents résultant de fragments s'arrêtant au col de la vessie et dans l'urètre. Après une séance très-courte, j'ai placé une sonde à demeure, et il n'y a eu aucun des accidents qu'il avait éprouvés sans ce moyen ; mais, avec le secours de l'éther, on pourra, je l'espère, détruire plus promptement les calculs et enlever en une ou deux séances, avec l'instrument à bec de canne, les fragments qui ne seront ni trop durs, ni trop volumineux.

« On comprend, en effet, que cet instrument ne peut convenir que pour des fragments très-petits et friables, car il n'est pas doué d'une solidité suffisante pour permettre d'agir sur des fragments durs et ayant encore un certain volume. Ainsi, il faut d'abord se servir du brise-pierre ordinaire pour briser le calcul et tous les fragments que l'on rencontre, et introduire l'instrument en bec de canne, lorsqu'on pense que ceux qui restent ne présentent plus ni un grand volume, ni une grande dureté. Il serait certainement préférable de n'avoir qu'un seul instrument qui pût réunir ces deux conditions.

« C'est le but auquel j'espère parvenir prochainement.

« D'après mes observations, je suis porté à dire que les accidents de la lithotritie et ses suites les plus habituelles dépendent plutôt des fragments qui restent dans la vessie que de l'opération et de la manœuvre des instruments.

« On peut donc dire que les fragments de calculs sont à la lithotritie ce que la plaie est à la taille.

« En résumé, les suites des opérations de lithotritie, pratiquées pendant l'éthérisation, sont fort amoindries ou presque détruites. Ce fait est en rapport avec plusieurs autres semblables que j'ai publiés pour différentes opérations.

« Voici, du reste, comment je procède à l'éthérisation pour la lithotritie : le cathétérisme et l'injection d'eau tiède dans la vessie étant, en général, peu douloureux sur l'adulte, et ne laissant pas de suites ; le broiement seul ayant quelquefois des conséquences, et étant, pour certains malades, difficile à supporter pendant un temps assez long, pour permettre au chirurgien de continuer l'opération de manière à abréger le nombre des séances, c'est à ce moment qu'il faut commencer l'éthérisation, ainsi que je l'ai fait dans les quatre cas cités plus haut. Pour abréger la durée de l'inhalation, on peut donc introduire la sonde, injecter de l'eau tiède dans la vessie, et même introduire l'instrument avant l'inhalation ; par conséquent on ne commence l'éthérisation que pour l'opération en elle-même, c'est-à-dire pour la recherche du calcul, pour le broiement. De cette manière, tout le temps qu'on aurait employé aux préliminaires peut être utilement consacré à briser la pierre et ses fragments.

« En outre, l'appareil inhalateur étant enlevé, on peut continuer l'opération, c'est-à-dire aller à la recherche des fragments et les broyer. »

— Depuis la discussion dans laquelle ces préceptes ont été énoncés devant l'Académie de médecine par M. Amussat, cet habile chirurgien a pratiqué plusieurs autres opérations de lithotritie en se servant du chloroforme. Nous dirons quelques mots de l'une des dernières, à laquelle nous avons assisté avec M. le professeur J. Cloquet. Le malade qui fait le sujet de la troisième observation rapportée plus haut, ayant, dans les séances précédentes, été soumis aux inhalations des vapeurs d'éther, devait nous permettre de constater la différence d'action des deux agents anesthésiques. M. de B***, qu'une éthérisation prolongée pendant cinq minutes avait à grand'peine jeté dans une demi-insensibilité dans les séances précédentes, fut rendu complétement insensible au bout de deux minutes d'inhalation de chloroforme. Non-seulement le sommeil fut plus prompt, mais il ne fut pas accompagné de cette période d'excitation pendant laquelle des mouvements répétés du malade étaient venus, les premières fois, gêner les manœuvres du chirurgien. Un point important à noter, en ce qu'il marque le moment auquel on peut commencer les opérations, nous a été signalé par M. Amussat. De même que l'insensibilité se prolonge encore un peu de temps, alors qu'on a enlevé l'appareil, elle commence à se manifester plus tôt qu'on ne le pense généralement. Au lieu d'interroger la sensibilité du

malade à l'aide de piqûres d'épingles, M. Amussat engage le malade, lorsqu'il a été soumis, pendant une demi-minute environ, à l'inhalation de l'agent anesthésique, à ouvrir les yeux ; et, dès qu'il voit le patient faire des efforts infructueux pour soulever les paupières, il commence son opération. Les sujets soumis aux inhalations de vapeurs d'éther ou de chloroforme perdent la sensibilité avant l'ouïe, la vue et la parole, de même qu'ils reprennent l'usage de leurs sens avant de recouvrer complétement la faculté de sentir. L'inhalation du chloroforme fut pratiquée chez M. de B***, avec un appareil très-ingénieux, imaginé par M. Alp. Amussat ; il se différencie de celui dont nous donnons la figure au *Bulletin des hôpitaux*, en ce qu'un petit entonnoir est fixé à sa partie inférieure, de manière à permettre d'ajouter du chloroforme sans déranger l'appareil. Cet avantage incontestable, en raison de l'action plus fugace du chloroforme, a été mis à profit dans cette séance ; on a pu prolonger l'insensibilité chez ce malade, assez longtemps pour broyer plusieurs fragments qui ne mesuraient pas moins de cinq à six lignes de diamètre. Au bout de quatre minutes on enlève l'appareil, M. de B*** reste quelques instants endormi, et, en se réveillant, il nous raconte le rêve agréable qu'il a fait. Pour lui, il préfère de beaucoup le chloroforme à l'éther.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR LA PRÉPARATION DU CHLOROFORME,

Par E. Soubeiran, pharmacien en chef de la pharmacie centrale des hôpitaux.

J'ai découvert le chloroforme en 1831, dans une série de recherches où je voulais établir si l'action du chlorure de chaux sur les corps inorganiques ou organiques était de nature oxydante ; l'alcool fut un des corps auxquels j'appliquai cette investigation ; le résultat final fut la découverte du chloroforme. J'étudiai ses principales propriétés. Peu de temps après, M. Liebig, en Allemagne, fit la même observation ; plus tard, l'étude chimique de ce corps fut reprise par M. Dumas, qui détermina la place qu'il devait occuper dans la série chimique.

L'acide formique, que Gehlen a extrait d'abord des fourmis, se produit dans un assez grand nombre de circonstances ; il est fréquemment le résultat d'une action oxydante sur diverses matières ; il résulte en particulier de l'action combinée de l'acide sulfurique et du peroxyde de manganèse sur l'acide tartrique, le sucre, l'amidon, l'alcool, etc. Il est composé de 2 proportions de carbone, 1 proportion d'hydrogène,

3 proportions d'oxygène; on se le représente comme constitué par un radical particulier, le formyle, plus de l'oxygène. Les éléments sont alors groupés ainsi : 2 proportions carbone, 1 proportion hydrogène = formyle; 1 proportion formyle × 3 proportions oxygène = acide formique. Le chloroforme appartient au même type chimique; c'est de l'acide formique dans lequel les 3 proportions d'oxygène sont remplacées par 3 proportions de chlore. Son nom rappelle et la série du formyle à laquelle il appartient et la substitution du chlore à l'oxygène; on l'appelle aussi trichlorure de formyle.

Le chloroforme est un liquide incolore, d'une odeur éthérée très-suave; sa saveur est piquante, puis sucrée. Sa densité est de 1,48. Il s'enflamme très-difficilement. Il entre en ébullition à 60,8°. On peut le distiller sur la potasse, le potassium ou l'acide sulfurique sans le décomposer; le chlore l'altère et le change en chlorure de carbone.

J'ai apporté dans ces derniers temps quelques modifications au procédé de préparation du chloroforme. Il faut opérer de la manière suivante :

On prend 10 kilogrammes de chlorure de chaux du commerce à 90 degrés ou environ; on les délaye dans 60 kilogrammes d'eau; on introduit le lait calcaire qui en résulte dans un alambic en cuivre qui ne doit en être rempli qu'à moitié au plus; on ajoute alors 3 kilogrammes d'alcool à 34 degrés. On adapte le chapiteau et le serpentin, et l'appareil étant bien luté, on porte un feu vif sous l'appareil. On peut même, avec avantage, pour arriver plus tôt au moment où la réaction a lieu, délayer le chlorure de chaux dans de l'eau déjà chauffée à 50 à 60 degrés. Vers 80 degrés, il se produit une action vive, qui soulève la masse et la ferait passer dans le récipient, si l'on n'avait pas le soin d'enlever le feu. C'est le moment critique de l'opération. On est averti de son approche par la chaleur qui se propage dans le col du chapiteau. Quand celui-ci s'est fort échauffé, alors que les produits de la distillation ne se sont pas encore montrés, on retire le feu (sous ce rapport un feu de bois est plus commode que tout autre). Quelques instants après la distillation commence et marche avec rapidité; quand elle se ralentit on remet un peu de feu pour la soutenir. Bientôt tout est terminé; on le reconnaît à ce que le liquide qui passe n'a plus la saveur sucrée du chloroforme. Le produit de la distillation se compose de deux couches. La plus inférieure est dense et souvent jaunâtre; c'est un mélange de chloroforme, d'alcool et d'eau, souillé par un peu de chlore. La couche supérieure, parfois laiteuse, est une dissolution de chloroforme dans de l'eau alcoolisée; du jour au lendemain elle laisse déposer une certaine quantité de ce produit.

On sépare le chloroforme par décantation, on le lave une première fois par agitation avec de l'eau, puis avec une faible dissolution de carbonate de soude qui le débarrasse du chlore ; on le lave ensuite de nouveau avec de l'eau jusqu'à ce qu'il reste transparent. On le sépare une dernière fois de l'eau et on le met en contact avec du chlorure de calcium fondu et on le rectifie par une distillation au bain-marie. Pour avoir le chloroforme parfaitement pur, il faudrait le distiller sur l'acide sulfurique : pour l'usage médical je regarde cette nouvelle opération comme superflue ; elle ne servirait qu'à débarrasser le chloroforme de quelques traces d'eau et d'alcool restantes.

Les eaux qui surnagent le chloroforme dans le produit direct de la distillation et celles qui ont servi à le laver sont réunies, étendues d'une nouvelle quantité d'eau pour qu'elles marquent 0 degré à l'aréomètre, puis elles sont distillées au bain-marie ; le chloroforme passe bientôt, entraînant un peu d'eau faiblement alcoolisée ; on le lave une fois et on le sèche par le chlorure de calcium.

Il peut arriver que dans la distillation de l'alcool et du chlorure de chaux, le feu ayant été retiré trop tard, la matière se boursoufle assez pour passer dans le récipient. Tout n'est pas perdu pour cela ; on peut reverser ce qui a passé dans la cucurbite et continuer l'opération à la manière ordinaire, ou mieux encore continuer la distillation, comme si elle s'était faite sans accident, jusqu'à ce qu'il ne passe plus de chloroforme ; mais alors il faut étendre de beaucoup d'eau tous les produits et les distiller au bain-marie ; le chloroforme passe le premier et presque pur, comme dans la distillation habituelle des eaux de lavage.

Ce qui fait la difficulté dans la préparation du chloroforme, c'est qu'il y a nécessité d'opérer avec du chlorure de chaux assez fortement étendu d'eau, sous peine de voir prendre naissance à d'autres corps, et en particulier à des produits acétiques qu'il serait presque impossible de séparer ; de là la nécessité d'opérer dans des alambics de grande dimension, tout en n'agissant que sur des quantités limitées d'alcool.

Le chloroforme, dans la réaction du chlorure de chaux sur l'alcool, est, pour ainsi dire, un produit accidentel ; il ne constitue que la plus petite partie des produits formés : il se dégage du chlore et de l'acide carbonique ; il se fait du chlorure de calcium et du carbonate de chaux. La tendance générale de la réaction est analogue à celle qui transforme l'alcool en acide formique ; mais la présence du chlore et celle de l'hypochlorite de chaux modifient complétement les résultats. En effet, l'acide formique est décomposé par l'hypochlorite de chaux en acide carbonique, en eau et en chlorure de calcium ; il est donc peu probable qu'il se forme dans la circonstance même qui va le décompo-

ser. C'est au milieu de cette perturbation générale que l'alcool, ramené vers la constitution de la série formylique par le phénomène principal d'oxydation, cède au chlore les éléments nécessaires pour constituer le chlorure de formyle ou le chloroforme. J'ai voulu savoir si le chloroforme résultait de l'action directe sur l'alcool, ou d'une décomposition secondaire du formiate de chaux qui aurait pu se former. J'ai reconnu, en distillant du formiate de chaux avec de l'hypochlorite de chaux, sans alcool, dans les mêmes circonstances où il se produit du chloroforme, que la réaction n'est manifeste qu'à la température où le chloroforme peut se former lui-même, et qu'il ne se produit qu'une trace de ce corps, indiquée seulement par la légère odeur que prennent les premiers produits ; la réaction ne donne lieu, en effet, qu'à de l'acide carbonique et de l'eau. J'ai vu, d'autre part, que dans la réaction complexe de l'hypochlorite de chaux sur l'alcool, la réaction ne commence que vers 80 degrés, alors qu'a lieu le boursouflement ; jusque-là le chlorure de chaux ne change pas sensiblement de degré chlorométrique, pas plus que ne fait le chlorure de chaux que l'on chauffe seul dans les mêmes circonstances. Je me trouve donc en droit d'admettre que le chloroforme se produit au moment de la réaction générale ; il apparaît dans le produit distillé, parce que sa volatilité a pu le soustraire à l'action décomposante ultérieure de l'hypochlorite de chaux.

Le chloroforme est nécessairement un produit d'un prix assez élevé, non que les éléments qui servent à sa préparation soient rares et chers eux-mêmes, mais parce qu'il en faut employer beaucoup pour obtenir peu de produit. La nécessité où l'on est d'avoir recours à du chlorure de chaux très-étendu, d'autre part l'effervescence qui soulève la masse et exige l'emploi de vases beaucoup plus grands que ne semblerait l'exiger le volume des matériaux de la réaction, et enfin la destruction rapide des vases métalliques sous l'influence du chlore et des hypochlorites, sont autant de circonstances qui empêchent de fabriquer une grande quantité de chloroforme à la fois, et qui élèvent nécessairement son prix commercial. Heureusement chaque distillation elle-même a peu de durée, et l'on peut dans une journée faire succéder l'une à l'autre un assez bon nombre d'opérations. Il faut bien convenir aussi que la valeur commerciale actuelle du chloroforme est très-exagérée ; il tombera bientôt tout naturellement à un prix raisonnable.

On a déjà livré au commerce du chloroforme mélangé d'alcool ; son effet se trouve diminué et il perd une partie de ses avantages; d'autre part, le mélange d'alcool lui donne une âcreté qui rend dangereuse son application immédiate sur la bouche. Le chloroforme pur a une saveur piquante, qui annonce assez l'excitation qu'il doit produire sur des mu-

queuses délicates. M. Mialhe a montré par expérience qu'elle est singulièrement augmentée par la présence de l'alcool. J'ai eu recours à la densité pour reconnaître si le chloroforme est convenablement purifié. Malgré sa fluidité apparente, le chloroforme a une densité assez forte qui peut fournir un excellent caractère. Que l'on fasse un mélange de parties égales d'acide sulfurique à 66 degrés et d'eau distillée, et qu'on le laisse refroidir, on aura un liquide qui marquera 40 degrés à l'aréomètre. Une goutte de chloroforme, versée sur ce liquide, doit gagner le fond ; si elle surnage, c'est une preuve qu'il contient de l'alcool en quantité notable ; il faut le refuser. M. Mialhe a donné depuis un procédé plus simple. Profitant de cette circonstance particulière, qui fait que dans le lavage du chloroforme brut, il reste laiteux tant qu'il n'a pas été dépouillé de tout l'alcool, M. Mialhe conseille de verser un peu de chloroforme dans l'eau ; il tombe au fond; mais il reste transparent s'il est pur, tandis qu'il devient laiteux s'il contient de l'alcool.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LES DEUX VARIÉTÉS D'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. Bussy vient de publier un travail important sur l'acide arsénieux au point de vue de la pharmacologie et de la toxicologie.

On sait que le commerce fournit l'acide arsénieux sous deux aspects : opaque et vitreux. La première des deux variétés est une modification apportée spontanément sur la seconde par le temps, modification qui n'intéresse aucunement la composition chimique du produit, mais qui en change quelques-unes des propriétés.

Jusqu'à présent la solubilité des deux variétés d'acide arsénieux dans l'eau était mal connue : c'est cette question que M. Bussy a cherché à résoudre.

Les conclusions que ce chimiste tire de son travail résumant fort substantiellement celui-ci, nous allons les faire connaître. Elles établissent :

1° Que l'acide vitreux, loin d'être moins soluble que l'acide opaque, comme l'admettent les chimistes, est, au contraire, beaucoup plus soluble dans l'eau que ce dernier. Cette différence est dans la proportion de 3 à 1 environ pour la température de 13°; ainsi l'eau, qui dissout jusqu'à 40 grammes d'acide vitreux, ne dissout guère que 13 grammes d'acide opaque ;

2° Que l'acide vitreux se dissout beaucoup plus rapidement que l'opaque ;

3° Que ni l'un ni l'autre de ces deux acides n'a une solubilité constante et qui lui soit rigoureusement propre ;

4° Que l'acide opaque se transforme en acide vitreux par une ébullition prolongée avec l'eau, c'est-à-dire qu'il atteint alors le même degré de solubilité que l'acide arsénieux vitreux, solubilité qui est telle que 110 grammes d'acide sont dissous dans un litre de liqueur ;

5° Que, sous l'influence de l'eau et d'une basse température, l'acide vitreux se transforme en acide opaque, c'est-à-dire qu'une dissolution saturée d'acide vitreux finit, au bout d'un certain temps, par s'abaisser au point de saturation qui appartient à l'acide opaque ;

6° Que le mélange des deux variétés d'acide, dans une même dissolution, explique les anomalies observées dans la solubilité de l'acide arsénieux ;

7° Que la division qui facilite la dissolution de l'acide opaque, sans augmenter toutefois sa solubilité, diminue considérablement celle de l'acide vitreux, à tel point que cet acide, réduit en poudre fine et porphyrisé, n'est pas sensiblement plus soluble à froid que l'acide opaque, sans doute par l'effet d'une transformation qu'il éprouve, soit au moment de la pulvérisation, soit par le contact avec l'eau ;

8° Que l'acide, devenu opaque par la transformation lente et spontanée de l'acide vitreux, l'acide, devenu opaque par l'action de l'ammoniaque, l'acide, cristallisé dans l'eau, se comportent de même avec l'eau, et paraissent appartenir à la même variété ;

9° Que, sous l'influence de l'acide chlorhydrique étendu d'eau, l'acide opaque se dissout plus lentement que le vitreux. Cette circonstance, qui modifie aussi la nature des produits qui se forment pendant la dissolution, explique pourquoi les phénomènes lumineux, observés par M. Henri Rose dans la cristallisation de l'acide vitreux, ne se présentent pas, en général, avec autant d'intensité dans la dissolution de l'acide opaque ;

10° Que la différence qu'on avait remarquée dans l'action des deux acides arsénieux sur la teinture de tournesol n'est qu'apparente.

Dorvault.

OBSERVATIONS CHIMIQUES SUR LE VIN, LA CIGUE VERTE, L'ORCANETTE.

L'école de Salerne a dit : *Vina probantur odore, sapore, nitore, colore*. L'axiome admis de nos jours est, que l'arome c'est le vin ; aussi cherche-t-on continuellement à développer dans ce liquide ce principe si justement apprécié.

Je me suis assuré que les vins non gazeux, conservés dans des bouteilles en verre bouchées à l'émeri, y acquièrent plus de qualité que dans celles qui sont bouchées en liége. On peut attribuer cet effet, d'a-

bord à ce que le liége, qui est toujours en contact avec le vin, subit avec le temps une altération qui se communique au liquide ; ensuite, à la fâcheuse habitude que l'on a de laisser souvent, dans le col de la bouteille, une trop grande quantité d'air atmosphérique, ce qu'on peut éviter avec des bouteilles bouchées en verre.

On ne peut douter que, pendant la vinification, l'air contenu dans la bouteille ne soit décomposé, que son oxygène ne se combine aux matières organiques qu'il acidifie, ce qui empêche le développement de l'œnanthine, de laquelle, selon M. Gay-Lussac, dépend le bouquet des vins.

La verrerie est aujourd'hui à si bon marché, et son mode de fabrication si simplifié, que j'en conclus que, malgré les inconvénients que ce mode de boucher les bouteilles présente, il y aurait avantage à conserver les vins provenant de clos estimés, dans des vases fermés à l'émeri.

De la ciguë. Si on soumet à la fermentation saccharine les feuilles vertes de la cigüe officinale préalablement contusées, on obtient par la distillation, avec ou sans oxyde de calcium, un liquide et une huile essentielle qui jouissent de propriétés narcotiques; leur odeur, forte, nauséeuse, occasionne des vertiges ; leur saveur âcre irrite fortement la gorge. Ce liquide et cette huile ont beaucoup d'analogie avec la cicutine décrite par M. E. Simon.

De l'orcanette. La racine d'orcanette fournit un principe colorant plus beau, si on la soumet d'abord à une décoction aqueuse, qui lui enlève du tannin et un principe extractif brun qu'elle contient.

STAN. MARTIN, pharm.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

COUP D'OEIL SUR LA NATURE COMPLEXE DES MALADIES.

Malgré le degré de certitude qui règne dans l'étude nosographique des maladies, il faut bien reconnaître l'insuffisance de la science théorique en face de l'observation, en face des dissidences et des contradictions des observateurs, lorsqu'il s'agit de la nature ou de la thérapeutique des affections même les plus fréquentes.

En effet, si la théorie a dû poser des règles fixes, la pratique voit ces règles constamment varier. Il n'est donc pas possible d'assigner d'une manière absolue le caractère, le siége, le traitement d'une maladie à un système, à une méthode préconçus, et il serait temps enfin de

se débarrasser de cet esprit systématique pour poser les bases d'une médecine véritablement, rationnellement éclectique.

Si tout s'enchaîne dans l'ordre physiologique, ne doit-il pas en être de même sous le rapport pathologique? et ne serait-il pas possible d'expliquer ainsi tant de divergences sur la nature et le traitement des fièvres graves, c'est-à-dire compliquées ?

Voyez ce qui se passe dans l'étude des maladies; chaque observateur interprète les symptômes à sa manière, les fait rentrer dans son cadre nosologique pour baser son diagnostic particulier, puis fait jouer au médicament le rôle qu'il croit convenable à son système, en tire les déductions qui s'approprient à sa manière de voir. L'esprit systématique ne voit rien au delà. Est-ce à dire que la maladie soit un élément simple, identique? que le médicament ne s'adresse qu'à cet élément? Pour cet observateur, oui; mais dans l'organisme cela ne saurait être, cela n'est pas. Autant de mêmes maladies, autant de symptômes, d'altérations diverses, dans les fluides, les tissus, les organes, les fonctions; par conséquent, autant d'indications thérapeutiques propres.

Voyons, en effet, comment on peut, d'après l'observation, considérer une maladie si fréquente, sur laquelle pourtant on est loin d'être d'accord, l'embarras gastrique, qui n'est, à vrai dire, qu'un prodrome de maladies différentes. Cette affection, si simple dans le début, est peut-être la maladie la plus sujette à complications; aussi, que de dissidences sur sa nature et son traitement! Pour les uns, c'est une accumulation de bile, de mucosités dans l'estomac; quelles que soient les complications, il n'y a pour eux qu'une seule affection, l'état bilieux; qu'une seule médication, les vomitifs et les purgatifs. D'autres voient, outre l'embarras gastrique, de l'intermittence dans la fièvre; ils la coupent par le sulfate de quinine. Pour d'autres, enfin, ce n'est qu'une irritation de la muqueuse gastrique déterminant l'intermittence du pouls et l'afflux de bile et de mucosités dans l'estomac, en un mot, une fièvre gastrique; ils la combattent par les antiphlogistiques. Eh bien! l'observation journalière n'indique-t-elle pas que ces trois maladies ne sont qu'une même affection à une période, un degré différents, et plus ou moins compliquée, suivant les individus? qu'elles peuvent exister isolément, se succéder réciproquement, comme elles peuvent éclater simultanément, et marcher concurremment chez le même malade? Cette fièvre bilieuse, intermittente, gastrique, peut donc présenter trois indications à remplir en même temps, quoique opposées sous le point de vue théorique; souvent même elle nécessite, le même jour, ces trois indications. Il faut dire pourtant que la supersé-

crétion des fluides gastriques, tantôt l'effet, tantôt la cause de l'irritation, de l'inflammation de la muqueuse ; que la fièvre bilieuse, en un mot, est bientôt accompagnée de cette inflammation se propageant au canal cholédoque : de là gastro-hépatite et même ictère, ainsi que j'en ai vu plusieurs exemples ; ou bien traversant le pilore avec les fluides gastriques, va déterminer dans tout l'abdomen la phlogose de tout le tube intestinal.

Ajoutons qu'alors la fièvre intermittente est bientôt changée en fièvre continue, générale, inflammatoire. Vienne s'y joindre cet état tantôt ataxique, tantôt adynamique, du système nerveux, provoquant le ralentissement de la circulation veineuse, la stase du sang quelquefois dans le mésentère ou le poumon, plus souvent dans l'encéphale ; son altération, sa décomposition, quand la maladie est épidémique, et la fièvre typhoïde est déclarée ; cette maladie-protée, si variable dans sa marche et ses symptômes, si complexe dans sa nature et ses altérations. Quelques médecins, il est vrai, ne voient dans ces altérations profondes que des symptômes nerveux. Pour eux, ce sont des douleurs sympathiques, que les antispasmodiques dissipent aisément ; tandis qu'il est pour nous d'observation très-fréquente, que dans les maladies accompagnées d'état typhoïde, les trois quarts des malades meurent par le cerveau, et quelquefois dans les deux ou trois premiers jours, ainsi que je l'ai vu quelquefois.

La nature complexe des maladies ! n'est-ce pas là toujours le bandeau impénétrable de la science, sous lequel chacun vent voir à sa manière ? ce véritable nœud gordien que l'esprit théorique et systématique ne saurait trancher d'un seul coup ? n'est-ce pas, enfin, la pierre d'achoppement que la thérapeutique rencontre à chaque pas ? Nous venons de parler d'une maladie aussi fréquente que compliquée ; mais, même dans les maladies réputées les plus franches, l'élément morbide reste-t-il souvent dans la limite du tissu, de l'organe ? Ne se propage-t-il pas, au contraire, avec une rapidité quelquefois effrayante, par les liquides, les tissus, les organes, frappant toute une fonction, un système ? Est-ce toujours une maladie franche, que la pneumonie, quand le poumon contient des tubercules, quand l'inflammation a gagné la plèvre, remonté dans les bronches ; quand l'embarras gastrique, l'irritation de la muqueuse stomacale, gastro-hépatique, en font la pneumonie bilieuse de Stoll ? Autant de complications graves qui nécessitent un traitement compliqué.

Enfin, une cause morbide accidentelle ne détermine-t-elle pas souvent des affections multiples ? La suppression brusque des menstrues ne frappe-t-elle pas tout à la fois les systèmes nerveux et sanguin ?

De là ces symptômes hystériques, ces congestions dans l'abdomen, la poitrine, l'encéphale, cette fièvre inflammatoire générale, se changeant si souvent en fièvre typhoïde. Quelle maladie plus compliquée et exigeant plus de médications spéciales que l'hystérie, dont le siége varie autant que les causes : à l'utérus, à l'épigastre, dans tout le système nerveux en général, alternativement ou simultanément? Quoi de plus simple, encore, que le diagnostic et le traitement des maladies exanthématiques? Eh bien! que l'éruption soit tardive, insuffisante, ou nulle, combien de complications viennent les aggraver, d'une affection légère faire une maladie grave, et nécessiter un traitement aussi prompt qu'énergique contre cette réaction vers l'encéphale, ces congestions, ces inflammations latentes, si rapidement mortelles lorsqu'elles sont méconnues, ou mal combattues; enfin, cette altération du sang, cet état typhoïde, quand ces affections règnent épidémiquement!

L'élément morbide, qu'il reconnaisse pour siége primitif un liquide, un tissu, un organe, se propage par continuité et par contiguïté de tissu à tissu, d'organe à organe, successivement ou simultanément. De là presque toujours la nature complexe des maladies. Il n'est pas plus possible de poser les bases fixes du traitement d'une maladie, qu'il n'est possible de poser celles d'un diagnostic invariable. La même maladie variant suivant ses phases, ses degrés, l'idiosyncrasie des individus, peut être guérie par plusieurs médications différentes employées séparément ou conjointement.

Une maladie peut être jugulée dans le début par un seul moyen, lorsqu'il n'y a qu'un seul élément morbide; c'est ainsi qu'un purgatif débarrassera d'un embarras gastrique; qu'une application de sangsues enlèvera une irritation; une saignée, une inflammation; que le sulfate de quinine coupera un accès de fièvre; lesquels embarras, irritation, accès sont simples, mais qui, combinés, eussent entraîné une maladie et, par conséquent, nécessité un traitement compliqué.

Les purgatifs, les antiphlogistiques, les antispasmodiques ne se contre-indiquent nullement, dans une même maladie, et peuvent être employés en même temps, et être suivis d'un jour à l'autre d'une médication tonique.

Dans toutes les fièvres graves, c'est-à-dire compliquées, deux organes surtout doivent être observés, l'estomac et le cerveau, l'un et l'autre si souvent frappés directement ou indirectement, et dont les altérations méconnues ou mal combattues entraînent rapidement la mort.

Paris, D.-M.
à Gray (Haute-Saône).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la fièvre typhoïde, par *M.* DE LAROQUE, *ancien médecin de l'hôpital Necker, médecin honoraire des hôpitaux*, etc. Deux volumes in-8°, chez Labé.

Bien des ouvrages ont paru sur la fièvre typhoïde; la cause, les symptômes et le traitement de cette maladie ont été le texte de bien des discussions; et cependant, il faut le dire, nous sommes loin de savoir le dernier mot sur cette affection si commune et si souvent meurtrière. Personne ne s'est occupé avec autant de succès du traitement de la maladie que M. de Laroque, et, sous ce rapport, l'ouvrage de cet habile observateur mérite que nous le fassions connaître de nos lecteurs d'une manière aussi étendue que nos colonnes nous le permettent.

Dans son chapitre premier, auquel il consacre quatorze pages, l'auteur expose les prodromes et les formes de la maladie qu'il admet. Ces prodromes indiquent tous les phénomènes saburraux ou d'embarras gastrique que l'on observe bien dans un grand nombre de cas, mais que l'on ne voit pas dans tous. Combien de malades ont, dès le début, présenté une rougeur intense de la langue, et n'ont jamais offert cette haleine particulière à l'embarras gastrique! Sans admettre de fièvre typhoïde simple, l'auteur décrit, dans un second article, *le passage de l'état primitif de la maladie à l'état typhoïde azoodynamique;* puis, dans l'article suivant, il donne la description de la *forme ataxique*. Ce sont les deux seules indiquées par M. de Laroque. Nous croyons que d'autres auteurs ont cependant eu raison d'admettre une forme inflammatoire, et, dans ces diverses variétés, des degrés de gravité que nous croyons utiles pour les indications thérapeutiques. Dans son chapitre II, M. de Laroque expose les complications les plus ordinaires de la fièvre typhoïde. La plus importante est sans contredit celle qui a trait à la méningite. L'auteur n'admet pas que cette phlegmasie complique aussi souvent qu'on le pense la fièvre typhoïde, et qu'elle soit la cause unique du délire et d'autres symptômes nerveux, qui accompagnent si souvent cette maladie. L'injection des méninges, le piqueté de quelques tranches du cerveau, l'infiltration sous-arachnoïdienne par un peu de sérosité transparente, quelques grammes de sérosité limpide ou même légèrement lactescente dans les ventricules cérébraux, se rencontrent dans trop d'occasions chez des sujets qui n'ont pas eu de délire et qui ont succombé à une fièvre typhoïde ou à toute autre maladie aiguë, pour que l'auteur puisse attribuer le délire typhoïde à une méningite, et admette cette complication. Il faut, pour qu'elle lui paraisse évidente, que les sym-

ptômes cérébraux aient une certaine continuité ; il faut que la divagation ne cesse pas à de certains et à de nombreux instants de la journée, ou au moment où l'on fixe l'attention du malade par quelques paroles. Enfin l'opalinité des membranes ou leur adhérence à la pulpe cérébrale sont au moins nécessaires à l'autopsie pour que M. de Laroque admette l'existence de la complication. Il est certain que dans la symptomatologie de l'accident qui nous occupe, on doit faire une grande attention à la facilité avec laquelle le délire cède, lorsqu'on parle au malade ou lorsqu'on fixe son attention de toute autre manière, pour conclure ou non à une complication de méningite qui réclame immédiatement une modification dans le traitement de la maladie. Ce point est un des plus importants de l'étude de la fièvre typhoïde.

Dans les chapitres suivants, l'auteur s'occupe des causes prédisposantes et occasionnelles de la maladie, des crises, du pronostic, de l'anatomie pathologique, du diagnostic simple ou comparatif, de l'étiologie, de la contagion et du traitement de la maladie. Nous négligerons l'examen de la plupart de ces chapitres, pour nous arrêter à l'étiologie dont l'auteur s'est plus longuement occupé. Il est pour lui hors de doute que ce n'est ni la gastrite, ni l'entérite folliculeuse, ni l'altération du sang, ni la lésion du système nerveux qui soit la cause prochaine de la fièvre typhoïde. Mais, pénétré des principes de Tissot, Stoll et de Lepecq de la Cloture, dont il prend la fièvre bilieuse pour type et pour point de départ, il s'est convaincu de la nature humorale de la maladie, et sans chercher à déterminer si c'est uniquement à la bile que l'état pyrétique est dû. « Mais si à cet égard j'exprime, ajoute-t-il, ma façon de penser, je dois dire qu'en admettant que tous les liquides exercent une action morbifère, il est très-vraisemblable que la bile est celui d'entre eux qui agit avec le plus d'intensité. » Le contact de la bile sur les intestins, son absorption, seraient des causes qui feraient naître l'affection morbide. L'auteur est sobre de preuves à cet égard. Le résultat du traitement, et il a raison dans quelques cas, est, selon lui, la meilleure qu'il puisse donner. Le journal l'Expérience, 28 février 1844, a publié un travail de M. Martin Solon, *sur la bile dans la fièvre typhoïde*, qui viendrait en aide aux assertions de M. de Laroque. En effet, ce travail démontre l'altération matérielle de la bile, et sa dispersion dans l'économie, puisqu'à l'aide de la réaction nitrique on en trouve quelquefois la matière colorante verte dans l'urine.

C'est dans le second volume de son ouvrage que l'auteur expose le traitement évacuant qu'il a remis en honneur, et qu'il a surtout appliqué avec avantage à la curation de la fièvre typhoïde. Les observations qui viennent ensuite à l'appui des opinions de l'auteur permettent en

quelque sorte de suivre sa pratique, et en cela constituent la partie la plus importante d'un livre que tous les praticiens voudront lire pour apprécier ce traitement si nouveau et si inattendu de la fièvre typhoïde. Les purgatifs conviennent-ils à toutes les formes de la maladie? Nous ne l'affirmerions pas, et c'est sur ce point que certaine *enquête clinique*, demandée depuis si longtemps, pourrait avoir quelque utilité. Quant au traitement évacuant de M. de Laroque, il en a été souvent question dans le *Bulletin*; il a révélé dans celui qui le préconise un médecin d'un esprit tout à fait pratique et indépendant.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Application du chloroforme aux opérations chirurgicales. — Depuis que nous avons fait connaître la belle application que M. Simpson a faite de la propriété anesthésique du chloroforme aux opérations chirurgicales, on s'est empressé de toutes parts à multiplier des expériences dont le but principal était moins de s'assurer de l'exactitude des faits annoncés par le chirurgien anglais, que d'établir un parallèle pratique entre le chloroforme et l'éther. Sans préjuger le résultat définitif de ces expériences comparatives, nous allons exposer rapidement les observations qui ont été faites, tant dans les hôpitaux de Paris que dans quelques-uns des hôpitaux des départements.

Le chloroforme a été appliqué déjà à un grand nombre d'opérations très-différentes, et dans des conditions d'expérimentation très-diverses, soit sous le rapport des sujets, soit sous le rapport des procédés et des appareils; ce qui concourt à ne donner que plus de valeur au résultat général et aux conclusions qu'on en pourra déduire. A l'Hôtel-Dieu, MM. Roux et Blandin ont, les premiers, expérimenté la merveilleuse propriété du chloroforme. Les résultats obtenus par M. Roux, conformes à beaucoup d'égards à ceux qui ont été indiqués par M. Simpson, ont été tous recueillis sur des malades qui avaient à subir des opérations plus ou moins douloureuses, et graves pour la plupart; telles étaient particulièrement, une castration pour un sarcocèle volumineux; une amputation de la verge; l'extirpation d'une tumeur carcinomateuse d'un volume considérable au périnée, chez une femme; l'amputation complète d'un sein cancéreux; la réduction d'une luxation du bras gauche; une opération de fistule à l'anus; l'amputation des quatre derniers doigts, faite au même moment, sur le même sujet; une amputation de la cuisse. Dans tous ces cas, l'anesthésie a été obtenue plus vite avec le chloroforme qu'avec l'éther. Après une demi-minute, une

minute au plus, il y a eu insensibilité complète. Aucun de ces opérés n'a éprouvé de dégoût et ces symptômes d'irritation des bronches qui accompagnaient presque toujours les premières inspirations de l'éther : chez aucun d'eux le sommeil ou l'état d'insensibilité n'a été accompagné de rêves ni d'hallucinations extraordinaires ; et tous, quand leur réveil a été complet, ont joui d'un bonheur parfait : aucun ne s'est plaint de la lourdeur de tête et de ce malaise général qui suivent presque toujours l'éthérisation. M. Roux a vu quelques malades dont le réveil a été très-prompt, et chez lesquels le temps qu'a duré l'insensibilité n'aurait pas suffi pour une opération qui eût exigé quelques minutes. Chez ces sujets le réveil a été complet immédiatement ; il s'est opéré sans gradation ou presque sans transition de l'état anesthésique à l'état normal. Suivant M. Roux, on se serait trop hâté en avançant que les inhalations de chloroforme produisaient toujours un sommeil calme, tranquille, sans agitation et sans mouvements tumultueux du corps ; parmi les malades qu'il a opérés, deux ont eu un réveil bruyant et marqué par un désordre d'idées et une loquacité comparables à ce qu'on remarque dans l'ébriété ou à la suite des inhalations d'éther.

M. Blandin a fait ses premiers essais dans un cas de lithotritie, de fistule à l'anus, de vaste abcès de la région fessière, etc. Le résultat a été à peu près identique : insensibilité et immobilité complètes dans tous les cas ; l'insensibilité et l'immobilité étaient telles chez l'un de ces opérés, que M. Blandin les comparait à celles d'un cadavre, bien qu'il n'y eût aucun changement dans les traits de la face, ni lividité, ni pâleur ; point de nausées ni de vomissements, aucune de ces sensations pénibles que l'on observe souvent à la suite de l'éther ; en un mot, tous les avantages de l'éthérisation sans les inconvénients. Il n'en a pas été tout à fait de même sous ce dernier rapport dans quelques autres services, ainsi qu'on va le voir. Par exemple, M. Gerdy, après avoir préalablement essayé le chloroforme sur lui-même et en avoir éprouvé de l'irritation à la gorge, de la toux, des vomissements, et une sensation de brûlure suivie de légères escarres aux lèvres et au nez, a observé les mêmes phénomènes sur quelques-uns des premiers malades qu'il a opérés, notamment chez une femme à laquelle il a pratiqué de larges et profonds débridements pour une fistule lombaire, et qui fut prise au réveil de violents efforts de vomissements. Quelques malades opérés par M. Ricord ont également été pris de vomissements abondants ; l'un d'eux, opéré de la circoncision, éprouva de l'agitation, du malaise et de la céphalalgie.

A l'hôpital Saint-Louis, M. Jobert (de Lamballe) a pratiqué une amputation de cuisse, une cataracte par abaissement, une dilatation du col

utérin, une acupuncture pour un engorgement du sein, une hernie étranglée, une désarticulation métacarpo-phalangienne, etc. ; dans tous ces cas, l'insensibilité est survenue d'une manière très-prompte, s'est maintenue pendant tout le cours de l'opération, et le réveil a été très-rapide.

M. Velpeau a reconnu, comme M. Roux, la même propriété anesthésique au chloroforme qu'à l'éther; comme lui, aussi, il a vu que le nouvel agent provoquait moins de toux, d'irritation, répugnait moins aux malades ; que le réveil était plus naturel, plus complet ; mais les résultats qu'il a obtenus ont différé de ceux de M. Roux sous d'autres points de vue. Ainsi il a trouvé qu'une fois bien établie, l'anesthésie était plus complète et durait plus longtemps sous l'influence du chloroforme que par l'éther. Une femme, qu'il a opérée de la hernie étranglée, est restée dix-huit minutes sans donner le moindre signe de sensibilité, quoiqu'elle n'eût été chloroformisée que pendant deux minutes, à deux reprises différentes. La dissection d'une volumineuse tumeur du sein dura six minutes chez une jeune femme, qui ne se réveilla qu'après la ligature de tous les vaisseaux. Il en fut de même chez une troisième malade qu'il a débarrassée d'un volumineux lipome à l'aisselle. M. Velpeau résume son opinion par ces mots : l'action du chloroforme est à la fois plus prompte, plus complète, plus durable et plus douce que celle de l'éther.

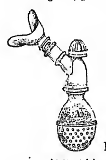
Enfin, M. le professeur Sédillot, à Strasbourg, a également reconnu que les effets du chloroforme sont généralement plus prompts et plus persistants que ceux de l'éther. Tous ses malades se sont accordés à en trouver l'odeur agréable ; aucun d'eux n'a toussé, ni accusé de sentiment d'ardeur dans la poitrine ; aucun n'a cherché à se soustraire aux inspirations. Dans l'une des nombreuses opérations qu'il a pratiquées, le malade est resté prostré et sans aucune trace de sensibilité ni de mouvement, pendant plus de quarante minutes, sans en avoir éprouvé aucun malaise.

A ces nombreuses opérations pratiquées dans les hôpitaux, devant de nombreux témoins, nous pourrions joindre la relation de quelques opérations pratiquées en ville, et qui viennent toutes confirmer la supériorité du chloroforme ; telles sont, entre autres, les opérations pratiquées par M. Amussat et M. Lucien Boyer, et deux applications de forceps faites avec un succès complet par M. Lebreton et M. Bossion.

On a pu être frappé, dans cette rapide appréciation des résultats constatés simultanément par un grand nombre de chirurgiens, de la similitude constante de certains effets, de la diversité de certains autres. On trouve, par exemple, une contradiction difficile à concilier au

premier abord entre cette série de symptômes d'agitation, de malaise, de troubles fonctionnels, d'irritation locale, que l'on trouve chez quelques opérés, tels que ceux de M. Gerdy ou de M. Ricord, par exemple, et cette innocuité parfaite ou ce bien-être même que l'on voit accuser par le plus grand nombre des autres opérés et que la plupart des chirurgiens ont eu l'occasion de constater. Cette contradiction est plus apparente que réelle, et elle s'explique naturellement par la différence même de la composition chimique ou de la préparation du chloroforme et par le degré plus ou moins grand de pureté de ce produit. En effet, sauf de très-rares exceptions, toutes les fois qu'on s'est servi de chloroforme pur, rectifié et convenablement préparé, les effets ont été les mêmes, c'est-à-dire insensibilité parfaite et réveil en général calme, sans malaise et le plus souvent même accompagné d'un certain sentiment de bien-être. En résumé, si l'on voulait d'ores et déjà conclure, on ne saurait mieux le faire qu'en reproduisant presque textuellement les propositions formulées par M. Simpson.

Un mot sur les appareils. On sait que les premières tentatives ont été faites tout simplement en versant quelques grammes de chloroforme sur un morceau de linge ou sur un mouchoir ; tel est aussi le moyen dont on s'est servi d'abord à Paris ; mais les accidents locaux que nous avons signalés plus haut, quoique légers, ont fait songer à recourir à divers procédés, ayant principalement pour objet d'éviter le contact du liquide avec les lèvres. On s'est servi à cet effet d'une éponge creuse dans son centre, ou en forme de champignon, contenant du chloroforme dans le fond du godet, puis de l'appareil dont le dessin est ci-joint.



Cet appareil a été modifié depuis de diverses manières. M. Amussat fils en a fait confectionner un d'après le principe de l'appareil à éthérisation de M. Cloquet; enfin M. Charrière a imaginé plus récemment une sorte de petit sac flexible qui, aux mêmes avantages, joint celui de n'occuper qu'un très-petit espace et de pouvoir aisément être mis dans la poche. C'est à ce dernier appareil que MM. Roux et Blandin ont donné la préférence. MM. Velpeau, Jobert, et la plupart des autres chirurgiens trouvent tout aussi commode et plus simple de se servir de l'éponge.

Nous aurions désiré dire quelques mots des expériences physiologiques faites sur eux-mêmes par M. Gerdy et par un grand nombre de médecins dans les salons de l'Union, et surtout des expériences physiologiques faites sur les animaux par M. Amussat, MM. Sandras et

Chatin, M. le professeur Gavarret, M. Gruby et quelques autres. Nous y reviendrons le mois prochain.

Erythème puerpéral simulant une rougeole. — Il y a déjà longtemps qu'on a appelé l'attention sur les difficultés que présente quelquefois le diagnostic des éruptions morbilleuses. On voit assez communément des exanthèmes, nés sous les influences les plus diverses, affecter de la manière la plus tranchée la forme de l'éruption rubéolique. Tel est l'exanthème sudoral; tel est aussi celui qui se produit sous l'influence de l'administration des opiacés, des oléo-résines, et dans quelques autres conditions. Si l'on suppose qu'une pareille éruption survienne dans le cours d'une affection catarrhale accompagnée de fièvre, le diagnostic précis devient véritablement presque impossible à établir. L'observation suivante est un exemple d'érythème survenu dans l'état puerpéral, et simulant complétement une éruption morbilleuse.

Barbier (Julie), âgée de dix-sept ans, exerçant la profession de couturière, est d'une constitution vigoureuse, d'un tempérament sanguin. Elle accouche à terme, après une grossesse qui n'a rien présenté d'anormal. L'accouchement dure cinq heures, la perte de sang est peu abondante. L'accouchement se fait naturellement. Le second jour, au matin, elle est prise de céphalalgie, avec fièvre, précédée de frissons. Pas de symptômes du côté des voies digestives, pas de toux, ni d'expectoration; pas d'épistaxis, ni de larmoiement.

Le soir même survient une éruption de petites taches rouges, identiques à celles de la rougeole la mieux caractérisée. Cette éruption occupe la partie antérieure de la poitrine, le ventre, la partie interne et la partie postérieure des cuisses et des jambes. On ne constate pas la moindre éruption sur les bras ni sur le visage. Le ventre est un peu douloureux au toucher. L'utérus est développé, incomplétement revenu sur lui-même.

Le troisième et le quatrième jour, ces phénomènes continuent.

Le pouls est à 128, développé. La douleur de ventre persiste ainsi que l'éruption. On applique 30 sangsues, et on administre chaque jour un purgatif.

Le cinquième jour, le ventre est moins douloureux; la fièvre un peu moins vive. L'éruption est moins confluente, moins rouge, moins étendue aux membres inférieurs, à peu près nulle au ventre. Les seins sont gonflés et douloureux.

Le sixième jour, l'éruption a presque totalement disparu. On ne trouve pas de trace de desquamation. Le ventre est à peine douloureux, la fièvre un peu moindre. On administre de nouveau un purgatif.

Le septième jour, enfin, l'éruption avait totalement disparu, sans desquamation. La fièvre était peu vive, le ventre à peine sensible. La sécrétion lactée continuait de se faire.

A partir de ce moment, l'état de la malade s'améliorait rapidement. La fièvre cédait, ainsi que la douleur de ventre. L'éruption ne se reproduisit pas, et la malade put bientôt quitter l'hôpital, sans qu'aucun nouveau symptôme se fût manifesté.

Rhumatisme articulaire aigu. — Saignées coup sur coup. — Guérison après deux jours de traitement. — Une femme, âgée de quarante-cinq ans, cuisinière, entre à l'hôpital Cochin (salle Saint-Jacques, nº 12, service de M. Blache). Cette malade, d'une constitution robuste, d'une santé habituellement bonne, avait été prise, depuis deux jours, à la suite d'un travail très-pénible, d'un rhumatisme articulaire aigu, qui avait rapidement envahi un grand nombre d'articulations. Il y a cinq ans environ que la malade fut également atteinte d'un rhumatisme aigu, fébrile, qui occupait presque toutes les grandes articulations, et qui céda, en trois ou quatre Jours, à des émissions sanguines abondantes et répétées. Depuis ce moment, la santé de la malade était restée invariablement bonne. Le rhumatisme n'avait pas reparu et ne semblait avoir laissé aucune trace.

A son entrée à l'hôpital, la malade accuse de vives douleurs dans les deux épaules, le coude et le poignet gauches, les articulations de la hanche et du genou du même côté, et l'articulation tibio-tarsienne droite. Toutes ces parties sont rouges et notablement tuméfiées. La peau est chaude, un peu halitueuse; le pouls plein et fréquent. On perçoit à la base du cœur un bruit de souffle très-doux, au premier temps, et sans irrégularité dans les mouvements du cœur. On pratique, le soir même, une saignée de quatre palettes, et on applique vingt sangsues sur les articulations du genou et du pied, qui sont très-douloureuses.

Le lendemain matin, le pouls conservait sa plénitude et sa fréquence. Cependant la douleur était moindre, et dans l'articulation du coude et du poignet droit elle était nulle. Le bruit de souffle était extrêmement doux. On pratiqua une nouvelle saignée de quatre palettes, qui fut renouvelée dans la soirée.

Le lendemain matin, de toutes les articulations envahies la veille, il ne restait de tuméfiées et de douloureuses que celles du genou gauche et du pied droit. Le pouls était toujours plein et fréquent, le bruit de souffle presque insensible. — On fit une nouvelle saignée de deux palettes.

Dans la nuit, la douleur disparut complétement. A la visite du matin, toutes les articulations étaient nettes et indolentes, sans rougeur; les mouvements s'y opéraient librement; le bruit de souffle avait disparu; le pouls conservait pourtant de la raideur et de la fréquence. La malade entrait en convalescence, et pendant tout le temps qu'elle resta encore à l'hôpital, c'est-à-dire une dizaine de jours, elle n'éprouva ni douleur, ni aucun symptôme qui pût faire craindre une récidive de l'affection rhumatismale.

L'importance des émissions sanguines coup sur coup, dans le rhumatisme articulaire aigu, a été rendue très-évidente par les observations nombreuses publiées par M. Bouillaud. Il est pourtant vrai de dire que rarement la guérison est aussi prompte que dans le cas qui précède. Nous n'en voulons d'ailleurs tirer aucune conclusion quant à la valeur comparative des diverses méthodes de traitement du rhumatisme articulaire; c'est une question fort complexe et qui d'ailleurs ne pourrait peut-être pas être jugée d'une manière absolue. Il n'y a pas, en effet, à apprécier seulement la durée du traitement, il faut encore tenir compte et de son influence sur les récidives, et des dangers qu'il peut faire naître dans certaines conditions.

Accidents syphilitiques primitifs. — Inoculation directe de la mère à l'enfant. — Un enfant, âgé de vingt mois, est amené par sa mère à l'hôpital Necker (salle Sainte-Thérèse, nº 3 *bis*). Il était bien développé et avait été allaité jusqu'à l'âge de sept mois environ. Depuis ce moment, sa santé s'était maintenue invariablement bonne jusques il y a deux mois à peu près. Sa mère, malade assez gravement, et obligée d'entrer à l'hôpital, l'avait placé au dépôt des Enfants-Trouvés. Il y avait été pris de la varicelle et d'une affection aiguë de poitrine. Sorti depuis vingt jours environ du dépôt, il toussait constamment, avait de l'oppression, de la fièvre chaque nuit. En auscultant avec soin sa poitrine, on entendait du râle sous-crépitant disséminé des deux côtés, et dans certains points un gargouillement considérable avec retentissement du cri. La mère affirmait qu'avant son entrée au dépôt l'enfant n'avait jamais cessé d'avoir une excellente santé.

En découvrant l'enfant pour l'examiner complétement, on constatait dans l'aine gauche une ulcération à fond grisâtre, à bords taillés à pic et violacés et de forme ronde, une ulcération de même aspect, mais moins profonde, s'observait également à la base du pénis, à peu près sur le cordon du même côté. On en trouvait également une autre plus large dans le creux poplité droit, et une dernière enfin, large et profonde, dans le pli du coude droit. Les caractères de ces ulcérations étaient

tellement tranchés, que l'idée d'ulcérations syphilitiques vint aussitôt à l'esprit de tous ceux qui les constataient. La mère fut interrogée dans ce sens, et sur sa demande, on examina ses parties génitales : elle avait de chaque côté de la vulve des chancres très-nombreux, larges et profonds. Par suite de son défaut de soins, des chancres s'étaient formés depuis les précédents en dehors de la vulve, au niveau du périnée et à la partie supérieure et interne des cuisses.

Son enfant était presque toujours couché avec elle, et elle racontait que pour le tenir plus chaudement, elle le plaçait habituellement sur elle. La moitié inférieure du corps de l'enfant était ordinairement maintenue entre ses cuisses, et souvent même sans qu'aucun linge les séparât. La première ulcération chez l'enfant s'était manifestée à l'aine. Celles du jarret et du coude ne s'étaient développées que quelques jours plus tard. Avant son entrée au dépôt, et au moment de sa sortie, l'enfant n'en portait aucune trace. Elles n'avaient apparu que six ou sept jours après que sa mère l'en eut retiré. — Le surlendemain de son entrée à l'hôpital l'enfant était pris pendant la nuit de convulsions au milieu desquelles il succombait.

A l'autopsie on constatait de très-nombreux petits abcès disséminés dans toute l'étendue des deux poumons avec dégénérescence tuberculeuse des ganglions bronchiques.—Les ulcérations syphilitiques ne dépassaient dans aucun point l'épaisseur du derme.

Cette observation nous semble présenter un grand intérêt pratique. Le mode de production des ulcérations syphilitiques chez l'enfant qui en fait le sujet est sans doute ici facile à saisir. Il est évident qu'elles résultent d'une inoculation directe de la mère à l'enfant, inoculation déterminée par le simple contact du corps de l'enfant avec les parties contaminées.

Mais qu'on réfléchisse aux difficultés qu'eût présentées le diagnostic dans certaines conditions : si la mère eût été dans une position qui dût éloigner tout soupçon, soit d'une maladie syphilitique, soit même (pour ceux qui n'admettent pas cette condition) d'une incurie telle que la maladie pût être communiquée immédiatement à l'enfant, dans quelle incertitude le médecin n'aurait-il pas été placé ! Elle eût été bien plus grande encore, si l'enfant, ainsi que cela a lieu souvent, lui eût été amené sans renseignements, confié à d'autres mains qu'à celles de sa mère. En supposant même alors que l'idée d'une syphilis fût venue à l'esprit du médecin, il lui aurait été impossible de le confirmer. Ce sont là des conditions bien communes quand il s'agit de syphilis, et cette difficulté suffit pour expliquer, d'une part, les erreurs si graves qui se commettent chaque jour à l'égard de ces maladies ; d'autre part, les

dissidences des syphiliographes les plus distingués et les plus compétents.

Tumeurs scrofuleuses ulcérées du cou. — Résection. — Cautérisation avec le caustique de Vienne. — On sait combien il est difficile d'obtenir une cicatrisation régulière de ces ulcères fistuleux, avec décollement et amincissement de la peau, qui succèdent aux abcès scrofuleux. Dupuytren avait adopté une méthode de traitement consistant à exciser avec les ciseaux les lambeaux de peau décollée, ainsi que tous les tissus fongueux et blafards; il obtenait ainsi une plaie régulière qu'il cautérisait avec le nitrate d'argent, et qu'il pansait ensuite avec des compresses trempées dans du vin aromatique, dans le but de stimuler les tissus. Mais malgré ces précautions, les cicatrices étaient toujours vicieuses et irrégulières. M. Robert a cherché à atteindre le but que se proposait Dupuytren, en cautérisant la surface des plaies scrofuleuses avec le caustique de Vienne. Il préfère le caustique de Vienne à tout autre escarrotique; 1° parce que son action est très-rapide et qu'on peut, en très-peu de temps, obtenir l'effet désiré; 2° et c'est là son plus grand avantage, parce qu'il produit des escarres sèches, dures, dont le travail éliminateur est très-lent à s'opérer; il n'y a point ou presque point de suppuration; la plaie bourgeonne au-dessous de l'espèce d'enveloppe dure et sèche qui lui est constituée par l'escarre; lorsque celle-ci se détache, la plaie marche avec vitesse et régularité, et se cicatrise sans difformité. M. Robert a eu récemment l'occasion d'appliquer ce système de traitement à l'hôpital Beaujon, chez une femme qui avait tout autour de la mâchoire des ulcères fistuleux, suite d'abcès scrofuleux qui s'étaient ouverts spontanément. Ces ulcères existaient déjà depuis longtemps et semblaient rester stationnaires; il n'y avait nulle tendance vers la cicatrisation: M. Robert, après avoir ébarbé la plaie, appliqua le caustique de Vienne sur toute son étendue. Cette application a produit en peu de temps les meilleurs résultats. Les portions de peau amincies se sont d'abord détachées sous forme d'escarres, laissant voir au-dessous d'elles une plaie vermeille de belle apparence; et, à dater de ce moment, il se fit une cicatrisation régulière.

Trismus, suite d'une chute sur le nez. — Guérison par les bains de vapeur. —Nous avons vu encore, dans le service de M. Robert, un cas assez curieux de trismus, déterminé par une chute sur le nez, et très-heureusement guéri par les bains de vapeur. Voici comment les phénomènes se sont développés : il y eut d'abord un commencement de

contracture dans la région massétérine gauche, avec une légère douleur et un sentiment de gêne seulement dans les mouvements des autres muscles de ce même côté de la face. Le lendemain matin, les deux régions massétérines et presque toute la face se trouvèrent prises. Les muscles orbiculaires des paupières, les zygomatiques, les masséters, les orbiculaires des lèvres étaient dans un état de contracture tel, que le malade faisait d'effroyables grimaces lorsqu'il voulait les mettre en action : les commissures des lèvres, les angles des yeux étaient tirés en haut et tout ridés. A la vue de ce malade, on aurait pu croire tout d'abord à l'existence d'une affection de nature rhumatismale, ou plutôt même à un tétanos ; mais l'absence de douleurs vives et de secousses tétaniques éloignait l'idée de cette dernière affection ; il n'y avait absolument chez ce malade qu'une contraction involontaire des muscles de la face et une gêne consécutive dans les mouvements des muscles contractés, mais sans douleur ni aucun autre symptôme de tétanos. La bénignité des symptômes fit porter un pronostic favorable. En effet, une saignée, quelques calmants, et surtout des bains de vapeur, amenèrent en peu de temps une amélioration notable, et cet homme put sortir au bout de quelques jours à peu près guéri, c'est-à-dire à cela près d'un peu de raideur dans les muscles de la face.

Les bains de vapeur sont, en général, d'une grande efficacité contre ces sortes de spasmes musculaires ; on en a même retiré quelquefois d'heureux effets dans le tétanos lui-même. Tout le monde connaît le fait rapporté par Amb. Paré, d'un jeune homme atteint de tétanos, qui fut en quelque sorte enseveli dans un fumier, et qui dut la vie à ce moyen. Ce fut, selon toute apparence, par une action analogue à celle du bain de vapeur que cette heureuse guérison fut effectuée. C'est une indication que les praticiens n'ont pas perdue de vue depuis lors.

Symptômes cérébraux. — Incertitude du diagnostic. — Autopsie.—Tumeur tuberculeuse dans l'encéphale. — Nous avons eu déjà souvent l'occasion de montrer toutes les difficultés qu'on rencontre dans le diagnostic des maladies cérébrales. Les symptômes sont si incertains et surtout si variables pour un grand nombre d'elles, qu'il devient quelquefois véritablement impossible de préciser la nature de la maladie. C'est surtout dans la première enfance que cette incertitude devient manifeste. Rien n'est aussi polymorphe que la méningite des très-jeunes enfants. L'observation suivante a trait à une affection assez rare et dont la symptomatologie est encore loin d'être bien élucidée. Le diagnostic reste incertain pendant toute la durée de la maladie, et l'autopsie révèle une lésion inattendue.

M. le professeur Trousseau est appelé près d'une petite fille, âgée d'environ six à sept ans, qui se trouvait dans les conditions suivantes : née un peu avant terme, soumise dès sa première enfance à un régime alimentaire peu convenable, cette enfant avait toujours été peu robuste, moins vive, moins enjouée que les autres enfants. Lors de sa première dentition, elle éprouva quelques convulsions à la suite desquelles la paupière gauche resta longtemps abaissée et les muscles du cou du même côté très-notablement affaiblis. Quand elle sortait par un temps froid, bien que parfaitement couverte, elle éprouvait une réfrigération extraordinaire.

Vers le commencement de l'hiver, elle est prise de fièvre qui n'a aucun caractère de gravité, présente une certaine périodicité et disparaît après cinq ou six jours. Un mois après la fièvre se reproduit, et pendant les premiers jours éveille à peine la sollicitude des parents. Il sembla évident que chaque jour, dans l'après-midi, la fièvre s'allumait à la suite d'un frisson suivi de chaleur et de moiteur. Le matin tout rentrait dans l'ordre.

Au quatorzième jour, aucun nouvel accident ne s'était produit ; la fièvre était venue chaque jour à la même heure et avec les mêmes symptômes. On donna, deux jours de suite, 25 centigrammes de sulfate de quinine. La fièvre céda complétement.

Le dix-septième jour, comme la convalescence semblait s'établir, on remarqua chez l'enfant beaucoup de maussaderie et de tendance au sommeil. Le pouls battait 75 fois par minute.— Le dix-huitième jour, de vives congestions se faisaient fréquemment vers la tête, et, à la suite de l'une d'elles, la paupière, le bras et la jambe gauches restèrent paralysés. Des sangsues furent appliquées aux genoux : on donna des bains de pieds sinapisés. — Le dix-neuvième jour, au matin, la somnolence était bien plus prononcée. On rasa la tête et on fit des frictions mercurielles. Le soir survinrent les accidents les plus graves, puis la fièvre s'alluma, et il y eut quelques convulsions. — Le vingtième jour au matin, la stupeur était profonde, les pupilles dilatées, puis, dans la soirée survinrent les mêmes accidents graves, au point qu'on craignit une mort immédiate ; puis dans la nuit la fièvre s'alluma, de vives congestions se firent vers la tête, des convulsions presque continuelles se manifestèrent bientôt, qui furent suivies en quelques heures de la mort de l'enfant.

L'autopsie fut faite quinze heures après la mort. Les méninges étaient parfaitement saines et ne contenaient pas la moindre granulation. La substance grise était un peu ramollie. En arrière du ventricule latéral droit était une tumeur tuberculeuse de la grosseur d'une noisette, au-

tour de laquelle la substance blanche était fortement ramollie. La couche optique du côté droit contenait dans son centre un noyau apoplectique. Elle était ramollie, ainsi que la voûte à trois piliers. On n'observait dans l'encéphale aucune autre lésion.

Le poumon droit et les ganglions bronchiques contenaient des masses tuberculeuses, les unes à l'état cru, les autres suppurées.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANUS VULVAIRE CONGÉNIAL; *opération*; *guérison*. Voici une de ces opérations à l'égard desquelles il n'y a point de règles possibles et de dispositions prévues, où tout est imprévu, subordonné à des circonstances accidentelles, et exige, par conséquent, de la part du chirurgien autant de ressources d'esprit dans la conception, que d'habitude et de sang-froid dans l'exécution. — Une jeune fille, âgée de quinze ans, était venue au monde avec le vice de conformation que voici : elle portait, à la place même de l'anus, une tumeur grosse comme un œuf de dinde, suspendue à un pédicule court, de consistance molle, sans fluctuation ni crépitation. L'ouverture anale manquait complétement. Le rectum s'ouvrait par un orifice assez étroit dans la fosse naviculaire; le canal qui succède à cet orifice avait une direction oblique en avant et en bas; il se terminait au-dessus du sommet du coccyx, à une sorte de réservoir très-large résultant de la dilatation d'une portion de cet intestin, d'où les matières accumulées ne sortaient qu'en remontant et par une sorte de régurgitation. L'orifice extérieur était fermé assez exactement par divers replis membraneux, tels que celui de la fourchette, de l'hymen, et par un autre bourrelet. Ces replis lui constituaient de véritables valvules qui, faisant office de sphincter, rendaient l'incontinence presque nulle. Cependant la défécation était accompagnée de difficultés telles, que la malade était, chaque fois, obligée d'y aider en pressant avec la main sur le périnée. La constipation alternait avec la diarrhée et produisait souvent des coliques.

Trois indications se présentaient ici à remplir successivement. Voici comment M. Guillon les a remplies :

1° Enlever la tumeur du périnée. Cela fut fait en circonscrivant son pédicule par une incision elliptique; on eut soin, durant ce temps, de ménager les fibres du sphincter, dont quelques rudiments se rencontrèrent sous la tumeur. Celle-ci était une masse graisseuse homogène;

2° Former à la place de la tumeur, c'est-à-dire à l'endroit ordinaire, un nouvel anus. L'intestin, mis à nu par l'ablation de la tumeur, fut immédiatement incisé, dans toute l'étendue de la plaie du périnée; il en sortit une grande quantité de matières fécales. On plaça et on maintint dans cette ouverture une grosse canule en gomme élastique;

3° Déterminer l'occlusion de l'ouverture anormale. M. Guillon ne voulut chercher à obtenir ce troisième résultat qu'au bout de quinze jours, et cela afin de laisser au conduit anormal le temps de se rétrécir spontanément, ce qui devait assurer le succès des tentatives d'oblitération de l'ouverture, en détournant les matières d'enfiler aussi aisément cette voie que par le passé. Il tailla, aux dépens de la muqueuse, deux lambeaux qui furent affrontés sur la ligne médiane par trois points de suture entrecoupée. La réunion fut complète le sixième jour; cependant, on laissa encore la canule dans l'anus pendant plus de six semaines.

A cette époque, la plaie formait au pourtour une sorte de bourrelet en *cul de poule*. Il y eut encore un peu d'incontinence fécale; mais bientôt les fibres musculaires, qui d'abord étaient très-faibles, ayant acquis de plus en plus de force, devinrent le centre de contractions qui finirent par donner lieu à une constitution tout à fait exacte des bords de cet orifice. Depuis lors, cette

jeune fille est devenue réglée. L'auteur l'a encore revue dix ans après; elle venait d'accoucher sans aucun accident. (*Recueil des travaux de la Société médicale de la Seudre*, 1847.)

AUSCULTATION OBSTETRICALE (*Indications pratiques de l'*) *pendant le travail de l'accouchement*. M. le professeur Mac Clintock, de Dublin, s'est livré à une série de recherches ayant pour objet de déterminer quelles sont les indications pratiques que l'on peut tirer de l'auscultation obstétricale pendant le travail de l'accouchement, surtout en ce qui touche la vie et la mort du fœtus, soit pour l'époque où le médecin doit intervenir, soit pour le choix des manœuvres et des instruments qu'il peut être utile de mettre en œuvre. Voici les conclusions dans lesquelles l'auteur a résumé le résultat de ses recherches :

1° Toutes les fois que le fœtus est vivant, on peut toujours reconnaître les bruits du cœur, à quelque période du travail que ce soit, pourvu que l'on ait l'habitude de l'auscultation obstétricale.

2° La détermination du point précis de l'abdomen, au niveau duquel on entend les bruits du cœur du fœtus, peut servir à fixer la position que l'enfant occupe dans l'utérus; mais on ne doit jamais se fier à ce signe seul, et négliger le toucher.

3° Dans les présentations de l'extrémité inférieure de l'ovoïde fœtal, siége, pieds ou genoux, le cœur du fœtus se perçoit ordinairement plus distinctement dans le voisinage de l'ombilic de la mère.

4° La présence de jumeaux dans l'intérieur de l'utérus ne peut être déterminée que par le défaut d'isochronisme des battements des deux cœurs, et non pas seulement par la position différente que ces deux organes paraissent occuper.

5° Si, dans le cours d'un travail difficile et laborieux, les bruits du cœur du fœtus deviennent peu à peu, de clairs et distincts qu'ils étaient, faibles et obscurs, et s'ils finissent par n'être plus entendus, on est autorisé à considérer l'absence de ces bruits comme un signe positif de la mort de l'enfant.

6° Dans les cas où l'on administre le seigle ergoté pour accélérer le travail, l'auscultation du cœur du fœtus est le seul mode de détermination possible de l'influence fâcheuse que le médicament commence à exercer sur l'enfant.

7° Dans les cas qui simulent la rupture de l'utérus, la persistance des bruits du cœur doit éloigner l'idée de la possibilité de cet accident; et plus on percevra ces bruits à une époque éloignée de celle à laquelle se sont montrés des symptômes graves, plus on sera autorisé à conclure que cette rupture n'existe pas; tandis que d'un autre côté, la cessation brusque et subite des pulsations fœtales que l'on avait perçues quelques instants auparavant, confirme les autres symptômes qui annoncent la déchirure de l'organe utérin.

8° Si après une attaque d'éclampsie survenue au septième ou au huitième mois de la grossesse, le travail ne survient pas d'une manière immédiate, on pourra porter le pronostic d'après l'état du fœtus : s'il est vivant, tout fait croire que la gestation arrivera à son terme, à moins de convulsions nouvelles; tandis que s'il est mort, il est infiniment probable que l'expulsion en aura lieu de dix à quatorze jours après l'attaque.

9° Le souffle placentaire ne peut fournir aucun renseignement certain sur l'état du fœtus.

10° Dans les cas d'hémorrhagie avant l'accouchement, le siége du bruit placentaire pourra donner des indications utiles sur l'implantation du placenta, et établir par suite si l'hémorrhagie est accidentelle, ou si elle est de celles que rien ne peut arrêter.

11° L'auscultation du cœur chez les enfants mort-nés fait connaître l'état de la vitalité de l'enfant beaucoup plus exactement que toute autre méthode de recherche.

La plupart de ces propositions se trouvent confirmées dans l'excellent ouvrage de M. Depaul sur l'auscultation obstétricale. Nous ferons observer toutefois qu'on ne doit en général se prononcer sur la valeur de ces signes qu'avec une certaine réserve, tant les causes d'erreurs sont nombreuses et difficiles à éviter. L'un des hommes les plus habiles et les plus exercés dans ce genre d'examen, M. le professeur P. Dubois a cru, dans deux circonstances, reconnaître d'une manière distincte les battements du cœur de l'enfant pendant l'accouchement, tandis que celui-ci était déjà mort depuis quelque temps. L'aveu d'une pareille erreur fait par un

homme d'une aussi grande autorité dans la matière doit être un motif de très-grande circonspection pour les praticiens. (*Union médicale*, décembre 1847.)

CHANVRE INDIEN ou **HASCHISCH**; *son emploi en médecine*. Nous avons plusieurs fois entretenu nos lecteurs du chanvre indien, de ses diverses préparations, de ses effets physiologiques et des accidents auxquels il peut donner lieu; mais nous n'avons eu que rarement l'occasion de parler de ses propriétés thérapeutiques, dont l'efficacité n'a été constatée encore en Europe que dans un très-petit nombre de cas. Un médecin de Calcutta, M. le professeur Shaughnessy, a fait avec cette substance de nombreuses expériences, dont il a consigné les résultats dans un livre consacré à l'histoire complète du chanvre indien. Parmi ces résultats, il en est d'assez remarquables, pour que nous croyions devoir les faire connaître à nos lecteurs.

De tous les produits que l'on retire du chanvre indien, le plus actif est la résine; c'est aussi celui que M. Shaughnessy emploie comme agent thérapeutique. Ce médecin a constaté que le chanvre indien, administré à petite dose, stimule les organes digestifs, excite le système nerveux, et agit comme aphrodisiaque; tandis qu'à haute dose, il conduit à l'insensibilité, et est un sédatif très-puissant. Les affections dans le traitement desquelles il a essayé d'utiliser la résine du chanvre indien, sont le rhumatisme, l'hydrophobie, le choléra, les convulsions chez les enfants, et le tétanos. Voici les effets qu'il a observés : 1º dans plusieurs cas de rhumatisme aigu et chronique, un demi-grain de résine produisit exactement les mêmes effets : chez le plus grand nombre, soulagement dans les douleurs; chez tous, un appétit dévorant. Un effet très-remarquable de cette médication, c'est l'état cataleptique qui a suivi de près chez un malade l'administration de la résine employée à la dose d'un grain, dissoute dans l'alcool.

2º Dans le cas d'hydrophobie, où ce médicament a été employé, le succès n'a pas été complet, puisque la maladie s'est terminée par la mort; mais, après son administration, il est survenu, chaque fois, du calme et une rémission complète dans les symptômes. La mort est arrivée dépouillée des horreurs qui l'accompagnent. C'est tout ce qu'on a pu obtenir.

3º Dans le choléra, son efficacité a paru plus réelle. Il arrêtait aussitôt les selles, et les évacuations caractéristiques venaient sans effort. Un cholérique fut rendu cataleptique par un demi-grain de résine, et resta ainsi plusieurs heures; le lendemain, il était parfaitement bien. L'auteur avoue, toutefois, que les faits de choléra qu'il cite sont peu concluants, vu que le caractère de l'épidémie n'était pas alors très-grave.

4º Dans un cas de convulsion (non suffisamment caractérisé), la résine du chanvre a amené tout d'abord un amendement très-notable : mais, comme les convulsions sont revenues ensuite avec plus d'intensité que jamais, comme la maladie s'est prolongée alors quelque temps sans une action bien évidente du médicament sur la marche des symptômes morbides, il n'est pas démontré que l'heureuse terminaison de cette affection convulsive doive être attribuée uniquement à l'emploi de cette médication.

5º Le tétanos est, de toutes ces affections, celle qui a fourni les plus beaux résultats au médecin de Calcutta. Sur douze cas, un seul s'est terminé par la mort. Il faut noter que tous les cas dont parle l'auteur étaient des tétanos traumatiques, et que la plupart, arrivés à une période avancée, avaient résisté déjà à diverses médications. Dans un de ces douze cas, l'auteur ayant d'abord administré la résine de chanvre en pilules, n'en retira aucun amendement; mais la teinture lui réussit parfaitement, et c'est à cette préparation qu'il accorde, en définitive, le plus de confiance. L'introduction en est d'ailleurs plus facile dans la cavité buccale que celle des pilules, lorsqu'il y a trismus.

Les doses auxquelles cette teinture doit être employée, varient en raison des sujets et de l'intensité de la maladie. Pour les cas de tétanos, M. Shaughnessy conseille un gros (4 grammes) de teinture chaque demi-heure jusqu'à ce que les paroxysmes cessent, ou que la catalepsie s'ensuive. Pour le choléra, il se borne à 10 gouttes de teinture, toutes les demi-heures, voulant plutôt exciter qu'endormir le malade. (*Clinique de Marseille* et *Journal des Connaiss. médico-chirurgic.*, décembre 1847.)

CLITORIS (*Amputation du*) *chez de jeunes filles adonnées à la masturbation.* Dans ces cas malheureusement trop fréquents, où les conseils, les bons exemples, et les secours de l'hygiène échouent contre une habitude vicieuse, invétérée, et devenue en quelque sorte irrésistible, M. F. Legros conseille de recourir, comme à une ressource extrême, à l'amputation du clitoris. L'expérience a déjà confirmé les heureux résultats que la théorie autorisait naturellement à attendre de cette pratique. M. Legros a communiqué à la Société médicale du Temple la relation de deux cas dans lesquels cette opération a été couronnée de succès. L'un de ces faits est déjà ancien : la jeune fille qui en était le sujet fut opérée il y a dix ans par M. Robert et avec l'assistance de M. Legros; elle est aujourd'hui mariée, et elle a completement perdu depuis ce temps-là la funeste habitude qu'elle avait contractée. Le second fait est tout récent; la plaie n'était pas encore cicatrisée lorsque M. Legros fit cette communication, et déjà la jeune fille était dans les meilleures conditions de guérison morale et physique. Dans les deux cas, il y eut un écoulement de sang qui nécessita l'emploi du cautère actuel.

CONGESTION *aux extrémités inférieures* (*Moyen d'obtenir une*). M. le docteur Auguste Frédéricq appelle l'attention des praticiens sur un moyen dérivatif qui n'est pas nouveau, mais dont l'usage n'est pas assez répandu. Lorsqu'il s'agit de combattre une congestion de la tête ou des poumons, et que les émissions sanguines ne sont pas praticables, M. Frédéricq a recours au moyen suivant: on noue aux deux jambes du malade, au niveau des jarrets, un lacs assez fortement serré pour gêner la circulation veineuse et lymphatique, sans toutefois empêcher la circulation artérielle; puis les pieds sont plongés jusqu'aux genoux dans un vase rempli d'eau chaude : l'action de la chaleur, combinée avec celle de la compression, produit aux deux extrémités une congestion qui se dissipe bientôt, une fois que le malade a retiré ses pieds de l'eau et défait les liens qui serraient ses jambes. En répétant ce moyen un certain nombre de fois, à de courts intervalles, on établit sur les extrémités inférieures un point fluxionnaire dont on peut à volonté varier l'intensité, suivant les indications que l'on se propose de remplir. C'est particulièrement chez les enfants qu'on peut obtenir de bons effets de ce mode de révulsion qui peut suppléer avec avantage les évacuations sanguines. (*Ann. de la Société méd. d'émul. de la Flandre occident.*, et *Journ. des Conn. méd. pratiq.*, novembre 1847.)

DÉLIRE MANIAQUE *survenu à la suite d'un érysipèle de la face, guéri sous l'influence d'un autre érysipèle de la même région.* M. Meyran rapporte, dans la Clinique de Marseille, un fait doublement intéressant, au point de vue étiologique et au point de vue pratique. Il s'agit d'un sujet qui est d'abord atteint d'un érysipèle de la face; cet érysipèle se dissipe et fait place à un délire maniaque. Au bout de quelque temps un nouvel érysipèle survient dans la même région, et le délire cesse pour ne plus reparaître. S'il peut subsister quelque doute dans l'esprit, relativement à la relation étiologique qui a existé entre le premier érysipèle et le délire, doute que ne paraît pas admettre l'auteur de cette observation, il n'est guère possible de méconnaître l'influence du second érysipèle sur la disparition de l'affection mentale. C'est là surtout le fait qu'il importe le plus de constater, comme renfermant un enseignement utile pour la pratique. Cette observation est de nature, en effet, à rendre les praticiens plus confiants qu'ils ne le sont généralement dans l'emploi des médications révulsives, bien que nous ne devions pas nous dissimuler toutefois qu'il n'y a pas entière parité entre l'effet d'une phlegmasie spontanée et celui d'une irritation congestive artificielle. (*Ann. médico-psychologiques*, novembre 1847.)

EMPOISONNEMENTS (*Moyen facile de désemplir l'estomac dans les*). Pour les cas d'empoisonnement où, soit par l'impossibilité de provoquer des vomissements, soit par toute autre cause, il était indiqué de recourir à un moyen mécanique d'expulsion du poison, Dupuytren avait inventé une pompe stomacale qu'il considérait comme appelée à devenir un secours domestique. Cette pompe a rendu de nombreux services, sur-

tout depuis le succès remarquable qu'en obtint M. Robert, il y a un certain nombre d'années. Mais cet instrument était loin d'être parfait, et malgré quelques perfectionnements qu'il a reçus dans ces derniers temps, il laisse encore beaucoup à désirer. L'un des principaux inconvénients qu'on lui reproche, est de nécessiter une perte de temps assez notable pour pouvoir être mis en jeu. Dans le but d'obvier à ces inconvénients, et de remplir d'une manière plus sûre et plus complète la même indication, M. Honoré Gay a imaginé un appareil, qui n'est autre qu'un siphon, approprié à l'organe dans lequel il doit fonctionner. Voici en quoi consiste le procédé de M. Gay. Il réunit deux sondes œsophagiennes, de manière à n'en former qu'une seule d'une très-grande longueur, à l'aide d'un tube de verre long de 8 centimètres, qui entre à frottement dans ces sondes, de 3 centimètres de chaque côté, et sur lequel on fixe très-exactement les deux sondes par quelques tours de cordonnet plat, de sorte que l'air ou le liquide ne puisse trouver un passage. Chaque sonde a 70 centimètres de longueur et 8 millimètres de diamètre intérieur dans toute son étendue; ces sondes n'ont pas de pavillon. L'une d'elles offre trois orifices à son bec : un terminal, deux latéraux alternes et très-rapprochés du dernier; ces orifices ont un diamètre un peu moindre que celui de la sonde elle-même; l'autre n'a, au contraire, qu'une ouverture inférieure terminale.

Pour faire usage de cet appareil, on introduit la sonde par l'extrémité à trois orifices inférieurs, préalablement recouverte d'huile, dans la bouche, l'arrière-bouche, l'œsophage, et même assez avant dans l'estomac. La sonde introduite, on relève l'extrémité extérieure, assez seulement pour que son ouverture soit au-dessus de la bouche du malade; on verse alors le liquide destiné à laver l'estomac, à l'aide d'un entonnoir à douille très-courte. S'agit-il de vider l'estomac, l'entonnoir étant encore plein ainsi que le tube, on comprime fortement l'orifice de la sonde, immédiatement au-dessous de la douille de l'entonnoir, entre le pouce et l'index d'une main, pour s'opposer à la chute du liquide, et au même instant on abaisse vivement la sonde, tandis que, de l'autre main, on enlève l'entonnoir. Cette manœuvre détermine l'amorcement du siphon et l'évacuation instantanée du liquide.

L'appareil de M. Gay paraît réunir les avantages suivants : bas prix de l'instrument; disposition permanente; conservation et transport sans nul embarras; très-grande simplicité de la manœuvre, qui se pratique sans la moindre secousse pour le malade; célérité telle, que l'opération est terminée en quelques minutes. Nous devons rappeler à cette occasion que notre collaborateur, M. Lafargue (de Saint-Emilion), a publié en 1837 dans ce recueil (Voy. *Bulletin général de thérapeutique*, tom. 12), un excellent article dans lequel il a insisté sur cette importante indication, et décrit un procédé simple et ingénieux pour la remplir. Nous y renvoyons nos lecteurs, afin qu'ils puissent comparer et juger eux-mêmes la valeur relative de ces deux procédés. (*Abeille médicale*, décembre 1847.)

ÉRYSIPÈLES (*Traitement des*) *par l'emploi de la farine de froment.* M. le docteur Favrot propose, comme moyen de traitement abortif des érysipèles, une méthode qui, si l'expérience toutefois confirme son efficacité, devrait être préférée, à cause de sa simplicité et de la facilité d'exécution, à tous les moyens alternativement préconisés. Voici en quoi consiste ce procédé : on fait étendre sur le lit que doit occuper le malade une couche de farine ordinaire ; puis on fait couvrir de la même manière toutes les régions affectées par l'érysipèle, de sorte qu'elles sont, pour ainsi dire, plongées dans un bain de farine de froment. M. Favrot conseille de renouveler tous les quarts d'heure la couche de farine qui se trouve en contact avec la peau. Il est essentiel de placer des cerceaux pour soulever les couvertures, dans le double but de diminuer la chaleur et d'empêcher un frottement capable d'enlever le topique. M. Favrot cite à l'appui de cette indication plusieurs observations qui déposent de ses bons résultats. Nous devons ajouter que, sur sa demande, M. Huguier en a fait usage dans son service à l'hôpital Beaujon. Dans trois cas d'érysipèles compliquant des affections graves qui ne permettaient pas l'emploi de moyens énergiques, l'application de la farine de froment a amené deux fois une guérison prompte

et complète; une fois une notable amélioration. Enfin, le rédacteur du journal auquel nous empruntons ces détails a vérifié lui-même les bons effets de ce traitement; il a vu des douleurs très-violentes occasionnées par un zona, céder comme par enchantement à des applications de farine. Le même moyen a arrêté un érysipèle de la face, menaçant de gagner le cuir chevelu, chez une malade traitée pour une violente inflammation de l'iris.

La simplicité de ce moyen, dont chaque praticien est à même de constater l'efficacité, est telle qu'il ne sera pas longtemps permis de rester dans l'incertitude à son égard. Il se recommande spécialement aux praticiens des campagnes qui seront heureux de trouver toujours sous la main un moyen d'une application aussi facile. (*Revue médico-chirurg.*, novembre 1847.)

FIÈVRE TYPHOIDE (*De l'urine dans la*). Sous quelque face qu'on l'envisage, la fièvre typhoïde présente trop d'intérêt pour que nous passions sous silence les travaux qui se rattachent à ce sujet. Nous mentionnerons donc la lecture que M. Martin Solon a faite, dans l'une des dernières séances, à l'Académie de médecine. Ce Mémoire a pour titre : *De l'urine dans la fièvre typhoïde*. Voici les conclusions qui le terminent : « Des différents faits que nous venons d'exposer, nous pouvons, je crois, conclure :

« Que dans la fièvre typhoïde l'urine est plus abondante, plus colorée et habituellement plus dense que dans l'état de santé ;

« Qu'elle conserve presque toujours son acidité normale, et s'élève quelquefois au-dessus;

« Que les cas d'alcalinité sont rares ;

« Que cependant l'urine, dans la fièvre typhoïde, passe facilement à l'alcalescence, à cause de sa proportion d'*urée* beaucoup plus considérable que dans l'état normal; que cette proportion est quelquefois suffisante pour donner lieu instantanément à la formation de nitrate acide d'urée par l'addition de l'acide acétique, et sans évaporation préalable de l'urine: qu'une densité de 1,030 à 1,836 fait ordinairement prévoir cette réaction ;

« Qu'habituellement transparente, l'urine est quelquefois troublée par du mucus qui constitue l'énéorème des anciens, par des acides ou des sels trop abondants et peu solubles qui lui donnent l'aspect jumenteux, et qui se déposent en sédiments formés surtout d'acide urique, d'urate et de matière colorante ;

« Qu'établis sur la présence de ces produits, les signes critiques donnés par l'urine ont fini par ne plus être consultés, parce qu'ils ont été trop souvent la cause de déceptions et d'erreur ;

« Que parmi les urines claires, il en est qui n'éprouvent aucune réaction par l'acide nitrique, et d'autres au milieu desquelles il se forme immédiatement un nuage;

« Qu'il en est de même des urines jumenteuses devenues claires par filtration : les unes donnent ce même nuage par la réaction nitrique, les autres ne le donnent pas :

« Que ce nuage, d'un aspect particulier, tomenteux, formé de biurate d'ammoniaque, et dont la nature n'est peut-être pas complètement connue, se manifeste principalement à certaines phases de la fièvre typhoïde et des maladies aiguës, mais surtout à l'époque de leur solution, qu'elle précède et annonce ; et que, d'après nos faits cliniques, ce nuage a une valeur *critique* qui mérite l'attention des observateurs ;

« Que la bile subit une altération notable dans le cours de la fièvre typhoïde, et que cette altération est, sans nul doute, la cause de l'apparition de la *biliverdine* dans l'urine ;

« Que l'urine devient quelquefois momentanément albumineuse, pendant le cours des maladies aiguës : mais que la congestion sanguine des divers organes, partagée surtout par les reins, et la ténuité du sang dans la fièvre typhoïde, rendent l'*albuminurie passagère* beaucoup plus fréquente dans cette affection que dans les autres;

« Que l'albuminurie passagère se manifeste surtout dans les cas graves de fièvre typhoïde, et en rend ordinairement le pronostic plus fâcheux ;

« Que l'albuminurie passagère peut quelquefois devenir continue, et les reins présenter les caractères pathologiques de l'albuminurie confirmée ;

« Enfin, que l'inspection de l'urine peut éclairer la marche de la fièvre typhoïde, et servir à en diriger le traitement. »

HYDROSULFATE D'AMMONIAQUE; *son emploi comme réactif pour la découverte du plomb dans l'acétate de potasse.* Le fait suivant, rapporté par le Répertoire de pharmacie (décembre 1847) prouve l'importance de l'hydrosulfate d'ammoniaque liquide (*liquor ammonis sulfureti*) comme réactif, pour déceler la présence du plomb dans l'acétate de potasse. Un pharmacien de Wagweiln, près Trèves, préparait, pour l'instruction d'un élève, de l'acétate de potasse par décomposition double du carbonate de potasse et de l'acétate de plomb. Après qu'il eut exécuté la décomposition réciproque, avec toute la précaution possible, il chercha à priver l'acétate de potasse formé du plomb par un traitement avec de l'hydrogène sulfuré. Lorsque ce réactif ne produisait plus de réaction, il se croyait fondé, d'après son expérience antérieure, à considérer l'acétate de potasse comme exempt de plomb. Il employa encore une fois de l'hydrogène sulfuré, et il n'obtint plus la moindre réaction du plomb; mais lorsqu'il employa de l'hydrosulfate d'ammoniaque, il obtint les indications les plus claires de la présence du plomb.

IODURE DE POTASSIUM. *Accidents qui peuvent résulter de son emploi, et moyen de les prévenir.* D'après tous les auteurs qui ont écrit sur l'iodure de potassium, ce médicament, tant que son administration est maintenue dans certaines bornes, ne serait point susceptible de produire des accidents sérieux. M. Ricord lui-même, qui a publié dans ce recueil (Voy. *Bulletin de thérapeutique*, t. 17, p. 21) une note très-intéressante concernant les effets de l'iodure de potassium sur l'économie, n'admet pas que cet état particulier d'excitation encéphalique, connu sous le nom d'*ivresse* iodique, ainsi que les irritations que cette substance détermine dans les différents systèmes organiques, soient de nature à causer de sérieuses inquiétudes et à nécessiter un traitement particulier. D'après M. Ricord, il suffit de suspendre l'usage du remède ou d'en diminuer seulement les doses, pour voir tous les accidents disparaître d'eux-mêmes. Convaincu que tous les praticiens n'ont pas été aussi heureux, et que la plupart ont déjà rencontré des cas où ils ont dû intervenir d'une manière active, M. le docteur Rodet, chirurgien de l'Antiquaille, à Lyon, s'est livré sur ce sujet à des recherches cliniques d'un grand intérêt, dont nous allons essayer de résumer les principaux résultats.

Dans l'état physiologique, dit l'auteur, l'iodure de potassium porte son action irritante sur certains organes de prédilection, et lorsqu'il agit d'une manière pathogénique, son effet se fait sentir sur l'un de ces organes de prédilection, ou bien sur l'organe qui se trouve déjà dans un état de souffrance et sujet à une irritation ou à une fluxion habituelles. — L'iodure de potassium ne produirait que très-rarement, et peut-être jamais, des accidents sérieux, si on ne l'employait que dans les cas qui réclament évidemment son emploi. — L'iodure de potassium est mal supporté, en général, dans les cas où il convient d'avoir recours au mercure; de sorte que, au lieu d'être un succédané de ce dernier médicament, il ne paraît en être que le complément. — Il agit d'une manière d'autant plus favorable que le malade est encore vierge de tout traitement antérieur. La circonstance d'un ou de plusieurs traitements mercuriels faits depuis peu de temps doit faire craindre que l'iodure ne détermine des accidents, surtout du côté du cerveau. Telles sont les propositions que l'auteur a été conduit à formuler en ce qui concerne les accidents qui peuvent résulter de l'iodure de potassium. Comme déduction de ces propositions, M. Rodet énonce les préceptes pratiques qui suivent. L'iodure de potassium ne doit jamais être administré dans des cas qui ne réclament pas rigoureusement son emploi : — ce précepte est justifié par l'abus que l'on a fait et que quelques praticiens font encore aujourd'hui de l'iodure de potassium.—Rien n'a démontré encore l'efficacité de l'iodure de potassium dans les accidents primitifs de la vérole; aussi M. Rodet conseille-t-il de ne jamais l'administrer contre ces accidents, à moins que le malade ne soit scrofuleux, cas où il est spécialement indiqué, et qu'on ne se propose, en l'employant, de remplir une indication accessoire.

Dans les accidents secondaires, l'iodure de potassium est presque toujours inefficace, et lorsqu'il agit avantageusement, ses effets sont ordinairement si lents, si incomplets et si incertains, qu'on doit s'abstenir

complétement de l'employer dans cette période de la syphilis. Dans les cas même de récidive des accidents secondaires, et dans ceux qui annoncent que la maladie tend à passer à la période transitoire, c'est encore au mercure que l'auteur conseille de recourir de préférence, parce que son action est plus prompte et plus sûre. — Dans les cas d'accidents de transition, l'auteur conseille, d'accord avec M. Ricord, d'associer les deux médicaments dans des proportions convenables. Cependant comme il importe de simplifier ces médicaments autant qu'il est possible, il ne prescrit d'abord que le mercure seul, à moins que la maladie ne se rapproche plus de la période tertiaire que de la secondaire. Si le mercure agit favorablement, il s'abstient de tout autre remède; si, au contraire, son action est trop incertaine, il lui adjoint l'iodure de potassium.

Toutes les fois que l'association du mercure et de l'iodure de potassium est jugée nécessaire, M. Rodet conseille de choisir de préférence le bi-iodure, parce qu'il ne peut éprouver, sous l'influence de l'iodure de potassium, aucune modification pour le rendre nuisible. On ne doit, ajoute-t-il, jamais employer les autres préparations moins actives, surtout les frictions mercurielles, en même temps que l'iodure de potassium. C'est à tort que l'on prescrit les deux médicaments à la fois dans les accidents tertiaires bien caractérisés. Dans ce cas, il commence toujours par l'iodure seul. S'il agit bien, il s'en tient là; mais si son action n'est pas assez prompte, il lui associe le mercure, plutôt que de le porter à des doses considérables, comme on le fait tous les jours.

L'iodure de potassium doit être employé avec d'autant plus de circonspection que le malade a pris, antérieurement, une plus grande quantité de mercure, et que ce dernier remède a été pris à une époque plus récente. Pour éviter les inconvénients inhérents à l'iodure de potassium, il ne faut jamais recourir à ce médicament dans les cas où le mercure est encore indiqué et peut être employé sans qu'il y ait à craindre d'amener la saturation et les désordres qui en résultent. Si le mercure a été déjà pris en grande quantité, à une époque récente, et que la prudence ne permette plus d'y recourir, c'est au chlorure d'or que M. Rodet conseille de s'adresser, et non pas à l'iodure de potassium.

Toutes les fois que la maladie pour laquelle on administre l'iodure de potassium est compliquée de l'inflammation de quelque organe ou de toute autre affection qui n'en dépend pas directement, il faut combattre et détruire la complication avant de recourir à l'iodure de potassium.

Dans tous les cas, on doit surveiller attentivement les effets de l'iodure de potassium, ne jamais le porter à des doses qui ne soient pas prescrites par la plus stricte nécessité, et en suspendre l'usage aussitôt qu'il paraît exercer le moindre effet délétère sur l'économie. (*Gaz. méd. de Paris*, novembre 1847.)

MÉLANOSE GÉNÉRALE (*Observation de*) *sans analogue dans la science*. On ne s'étonnera pas de nous voir rapporter ici avec quelques détails l'observation d'une maladie dont l'étiologie, la nature et le traitement sont encore si peu connus, et dont il n'existe d'ailleurs pas peut-être un second exemple analogue pour l'étendue de l'altération dont il s'agit. Le soin avec lequel cette observation a été recueillie et rédigée, les nombreuses consultations qui ont eu lieu, à son occasion, entre les notabilités médicales, tout concourt d'ailleurs à lui imprimer un intérêt tout particulier, qui fera facilement excuser la longueur des détails dans lesquels nous allons nous trouver obligé d'entrer.

Le malade dont il s'agit fut adressé à M. Caffe par M. le docteur Mollard, de Chambery, afin qu'il fût examiné et conseillé par les sommités médicales de Paris, pour une maladie cutanée, remarquable par sa rareté. Voici, d'après la consultation rédigée par M. Caffe, en son nom et celui de M. Rayer, la description de cette singulière maladie, son début, sa marche et sa terminaison.

Le consultant, âgé de quarante-six ans, s'aperçut, en 1824, qu'un nævus, qu'il portait depuis sa naissance, sur le côté droit de la poitrine, du volume d'une lentille et de la couleur d'un brun noirâtre, fournissait un léger suintement d'une eau jaunâtre. Depuis lors, cette tumeur mélanique augmenta lentement de volume, le liquide qui s'en écoulait devenait plus noir, la tumeur se couvrit d'une croûte, et le consultant tenta de la détruire en appliquant

une ligature à sa base, ce qui détermina une inflammation vive et douloureuse; un médecin enleva la tumeur avec un bistouri (août 1834). La cicatrisation s'opéra rapidement. Trois mois après, un petit bouton noirâtre se développa près du siége du prétendu nævus, et devint bientôt aussi volumineux que la petite tumeur qui avait été enlevée; comme elle, il s'enflamma, s'excoria et fournit une humeur sanguinolente; cette nouvelle tumeur fut enlevée, et la plaie résultant de l'opération fut cicatrisée au bout de trois mois; mais environ six mois après, de nouvelles élevures mélaniques se montraient dans le voisinage des premières; à cette époque, M. le docteur Bouchet, de Lyon, consulté (26 août 1836), conseilla l'emploi de la glace fondante appliquée sur la tumeur, et sa destruction par les caustiques. La cautérisation fut pratiquée en janvier 1837, et la plaie ne fut cicatrisée que cinq mois après. Dans le même mois, le malade eut un flux de sang très-abondant, pendant une dizaine de jours, puis une apparition d'un furoncle à la cuisse droite, aux environs duquel s'élevèrent de petits boutons mélaniques, suivis bientôt d'autres boutons semblables à la poitrine, sur les épaules, sur les bras, sur la figure, etc.; sur le côté droit de la poitrine, où plusieurs petites opérations avaient été pratiquées, ces élevures se transformèrent rapidement en plaques mélaniques, dont les dimensions se sont progressivement accrues. Postérieurement, de nouvelles éruptions se montrèrent sur le dos, sur les cuisses, etc.; de vives démangeaisons accompagnaient le développement de ces éruptions. Tel était l'état du malade lorsqu'il vint consulter à Paris. MM. Biett, Olivier d'Angers, Rayer et Caffe, furent unanimes pour considérer cette affection comme une mélanose cutanée générale. Divers moyens furent prescrits, parmi lesquels nous trouvons indiqués les préparations de fer, les iodures, les bains frais ou même froids, les mercuriaux, et un régime analeptique. Il n'est pas dit quel est celui des traitements prescrits qui fut suivi par le malade. Quoi qu'il en soit, voici ce qui survint, à dater de ce moment : les démangeaisons, qui étaient générales, augmentèrent encore d'intensité, au point de troubler le sommeil. Les éruptions mélaniques varièrent dans la suite, dans leur forme, leur étendue, leur nombre et leur saillie. Quelques-unes se desséchèrent en laissant des taches bleuâtres ou noirâtres; d'autres donnèrent lieu à l'écoulement d'une sanie roussâtre, puis à du pus d'une odeur fétide. En juillet 1838, il survint des douleurs encéphaliques extrêmement intenses, qui persistèrent jusqu'à la mort; les orteils furent le siége de douleurs semblables, les globes oculaires s'injectèrent, des taches mélaniques se montrèrent sur la cornée et la conjonctive, etc. Les urines, toujours assez abondantes, prirent une couleur brune; leur émission était accompagnée de chaleur; quelque temps après elles devinrent plus sanguinolentes, et dès lors toujours elles furent rendues avec des douleurs violentes dans les lombes et l'hypogastre. Ce dernier symptôme persista jusqu'à la mort. Les évacuations alvines étaient enveloppées de glaires sanguinolentes. Sur la fin, elles devinrent noires et sèches, mais sans traces de sang. Le malade eut, vers le mois de novembre de la même année, plusieurs attaques épileptiformes, durant lesquelles il rendit par la bouche du sang noir et sans écume. Il y eut du délire durant les quinze derniers jours de la vie. Les trois jours qui précédèrent la mort, il fut pris tous les jours, dans l'après-midi, de vomissements abondants de matières noirâtres, bourbeuses. Le malade mangeait toujours beaucoup; ce ne fut que vers la fin de la maladie qu'il se plaignit de ne plus trouver de goût à ses aliments. Enfin la mort survint le 1er avril 1839, c'est-à-dire environ quatre ans après le début présumé de la maladie.

A l'autopsie on nota les circonstances suivantes : toute la surface du corps était couverte d'une infinité de taches d'un noir bleuâtre. Ces taches, inégalement distribuées, étaient rassemblées en groupe sur certains points, où, en s'agglomérant les unes auprès des autres, elles formaient des plaques irrégulières, d'étendue diverse. La couleur de la peau, dans les intervalles des taches, était d'un jaune-paille. Celle-ci était rugueuse au toucher dans tous les points occupés par les taches. Dans ces mêmes points l'épaisseur du derme était augmentée; on y éprouvait la sensation que donne un tubercule. Ces taches, divisées selon

l'épaisseur de la peau, paraissaient constituées par une matière d'un rouge foncé, assez semblable à du sang coagulé. Là, il était impossible de retrouver la texture des couches dermoïdes; celles-ci paraissaient totalement transforméesen cette substance morbide. Aucune partie de la peau n'avait été épargnée par cette transformation. La conjonctive ellemême et la muqueuse buccale offraient des taches de même nature. Le tissu cellulaire sous-cutané était généralement infiltré. A mesure que le scalpel divisait les tissus, on apercevait une grande quantité de petits tubercules mélaniques, paraissant tous appartenir au tissu cellulaire; on en trouvait aussi quelques-uns d'un volume miliaire dans les interstices musculaires. Des plaques bleuâtres, analogues à celles de la peau, existaient sur la surface externe des os de la voûte du crâne, dont la substance, dans les points correspondants, était ramollie. La table interne des mêmes os, et notamment celle du coronal, était d'une couleur noirâtre dans presque toute son étendue, inégale et érodée sur plusieurs points. Le tissu spongieux était comme infiltré par la matière mélanique. La dure-mère, considérablement épaissie, était, dans sa portion correspondante au coronal, convertie en une couche épaisse de substance mélanique adhérente aux os et à la partie sous-jacente du cerveau. Les circonvolutions cérébrales étaient superficiellement altérées par une désorganisation semblable. La substance cérébrale ne présentait que quelques petits grumeaux noirs vers la superficie; mais à mesure qu'on s'avançait vers la base, ces grumeaux devenaient beaucoup plus nombreux et plus volumineux. Enfin, les parties profondes des couches optiques et des corps striés de l'un et de l'autre côté, étaient farcies de cette substance noire, réunie en collections isolées, de volume variable, depuis un grain de millet jusqu'à celui d'une fève. La glande pinéale était totalement transformée en substance mélanique. Quant aux organes thoraciques et abdominaux, ils présentaient tous sans exception, mais en quantité variable, soit de petites masses, soit de simples taches mélaniques. Il n'était aucun tissu de l'économie sur lequel on n'ait trouvé des traces de cette transformation. On la constata jusque dans les nerfs, les artères, les cartilages et les ligaments. Seulement ce qu'il y avait de particulièrement remarquable, c'est que les poumons étaient peut-être de tous les organes les moins sensiblement affectés par cette dégénérescence; on n'y voyait que quelques petits points noirs très-disséminés.

Les exemples d'une semblable affection, ainsi généralisée, sont extrêmement rares; ce que cette observation offre surtout de particulier, c'est l'altération mélanique si considérable du cerveau, dont on ne connaissait jusqu'ici qu'un seul exemple, publié par M. Behier. Quant à la mélanose cutanée générale et limitée à la peau, comme elle a paru l'être dans les premiers temps de la maladie, chez ce sujet, c'était, suivant M. Biett, un fait sans analogue dans la science. (*Journ. des conn. méd.*, novembre 1847.)

METRORRHAGIE (*De la*) *aux diverses époques de la grossesse. Causes et indications différentes.* Dans un travail général sur les métrorrhagies, considérées aux époques de la grossesse où elles se manifestent, M. le docteur Rouyer a abordé, entre autres questions pratiques, deux points particuliers qui offrent un grand intérêt pour le diagnostic et pour le traitement. Lorsqu'une perte sanguine a lieu dans le cours des quatre premiers mois de la grossesse, est-il toujours indiqué de saigner? Dans quelles circonstances la saignée convient-elle? quand ne convient-elle pas? à quels signes peut-on reconnaître ces indications? Telles sont les importantes questions pratiques sur lesquelles M. Rouyer a cherché à porter quelque lumière. Il est des femmes, dit-il, à constitution lymphatique, à chairs molles, régulièrement menstruées néanmoins, mais ne perdant qu'un sang séreux et peu riche; elles ont souvent des écoulements blancs. Devenues enceintes, et cet état chlorotique persistant, un écoulement rougeâtre se manifeste quelquefois, mais leur constitution permet de le caractériser d'exhalation sanguine passive. S'il se montre à l'époque des règles, ne doit-on pas penser que la surface de la muqueuse utérine continue à être le siége de l'exhalation morbide qu'elle fournissait avant la grossesse? Mais, comme l'avortement pourrait en être la suite, le medecin devra cher-

cher à la combattre. Or, ce que l'on aurait prescrit dans l'état de non-gestation devra l'être également alors, savoir : les préparations ferrugineuses, des toniques, un régime analeptique et les moyens locaux capables de favoriser la contractilité organique des vaisseaux de l'utérus et de ranimer sa muqueuse affaiblie. La saignée serait dans ce cas évidemment pernicieuse. Voilà pour le premier point. Le second n'est pas moins essentiel : on va en juger.

L'hémorrhagie qui a lieu pendant les derniers mois de la grossesse accompagne le plus ordinairement le décollement du placenta : mais elle peut aussi être due à une exhalation sanguine provenant d'autres causes. Tous les praticiens comprendront assez l'importance de cette distinction qui doit conduire à des indications souvent tout opposées. Voici les circonstances sur la considération desquelles on pourra, suivant M. Rouyer, établir ce diagnostic souvent très-difficile.

Lorsqu'il arrivera que l'écoulement sanguin sera survenu sans cause traumatique et à une époque menstruelle ; quand la perte aura débuté pendant le repos de la nuit ; quand, peu abondante d'abord et augmentant ensuite peu à peu et lentement, le pouls ne faiblira qu'à mesure, et que la lipothymie n'apparaîtra que graduellement, on devra croire à une exhalation sanguine, sans décollement. Cela serait plus certain encore, si la femme avait éprouvé, pendant les jours précédents, ce malaise, ces incommodités vagues qui annoncent ordinairement l'époque menstruelle, et sur lesquelles la plupart des femmes ne se trompent jamais.

Si, au contraire, la cause de la métrorrhagie est soudaine, due à une chute, à un coup ; si la perte est très-abondante de prime abord ; si le sang, au lieu de paraître pur, est mêlé à un liquide aqueux ; si des contractions actives et énergiques se montrent ; si, enfin, cette perte subite et copieuse ne donne pas lieu de suite à une syncope aussi complète que la quantité de sang écoulée semblerait devoir la produire, on pourra soupçonner un décollement du placenta ou la rupture de l'œuf. Le sang qui coule en grande abondance du placenta décollé, provient de l'ouverture des vaisseaux propres de cet organe et du fœtus lui-même ; alors, sa soustraction subite et presque totale peut détruire la vie du fœtus, sans compromettre en rien celle de sa mère.

C'est d'après ces signes que doit être dirigée la conduite de l'accoucheur, qui, dans le premier cas, devra faire tous ses efforts pour empêcher l'avortement, tandis qu'il trouvera souvent, dans le second cas, l'indication de le provoquer. (*Recueil des travaux de la Société médicale de la Seudre*, 1847.)

ŒDÈME DE LA GLOTTE, *produit par un phlegmon sous-hyoïdien : débridement*. Une petite discussion s'est engagée à la Société de chirurgie de Paris sur l'étiologie de l'œdème de la glotte, discussion qui n'est pas sans intérêt, en ce qu'elle devra, dans certaines circonstances, diriger l'attention des praticiens vers une cause d'œdème de la glotte encore peu connue, et qui ouvre le champ à une nouvelle indication thérapeutique. Voici quel a été le point de départ et l'objet de cette discussion. L'un des membres de la Société présentait la pièce anatomique d'une femme atteinte d'un cancer concentrique de la langue (forme de cancer extrêmement rare, pour le dire en passant), et qui avait succombé à un œdème de la glotte. M. Vidal (de Cassis), examinant la pièce, annonça qu'il devait y avoir une collection purulente dans le tissu cellulaire de l'espace compris entre la membrane thyro-hyoïdienne et la base de l'épiglotte. Une incision sous-hyoïdienne mit hors de doute l'existence de cette collection purulente. Voici d'après quelles circonstances M. Vidal avait été conduit à cette espèce de diagnostic posthume. Il y a un certain nombre d'années, qu'assistant à la Clinique de M. Cayol, il vit un malade succomber à un œdème de la glotte. La mort fut attribuée à un spasme de cet organe ; mais, en poussant plus loin ses recherches, il constata l'existence d'un abcès dans l'espace aryténo-épiglottique. Un fait semblable fut observé depuis par Hourmann. M. Vidal a inféré de ces quelques faits que, sinon toujours, au moins dans le plus grand nombre des cas d'œdème de la glotte, il y a ou une suppuration, ou tout au moins une inflammation phlegmoneuse, avec étranglement du tissu cellulaire de cette région. C'est ce qui l'a conduit

à donner le conseil de pratiquer, dans ce cas, une incision au-dessous de l'os hyoïde. S'il existe un abcès, on l'ouvre; s'il n'y en a pas, on fait un débridement qui a toujours un résultat favorable. Cette opération, suivant M. Vidal, soit qu'elle agisse comme débridement d'une inflammation, ou comme ouverture d'un abcès, ou enfin comme moyen de faciliter l'introduction de l'air dans la poitrine, n'est pas plus grave que les scarifications, les pressions ou les cautérisations que l'on pratique habituellement dans cette circonstance.

Cette opinion n'est point partagée par M. Robert, au moins en ce qui concerne l'indication de l'incision; d'abord, dit-il, parce que l'incision ne pénétrant pas dans le larynx, ne peut pas rendre la respiration à un individu qui suffoque; ensuite parce que l'œdème de la glotte est quelquefois tellement aigu, que le seul moyen de salut est dans la trachéotomie. Enfin, dans les cas d'œdème à marche lente, l'incision est rarement utile et ne serait pas toujours sans danger. Une simple application d'une solution de nitrate d'argent, portée sur le lieu même de l'infiltration, lui a suffi pour obtenir une guérison parfaite.

Il est évident que la cause d'œdème signalée par M. Vidal crée une espèce nouvelle, et une indication spéciale, différente de celles qui se déduisent des causes d'œdème connues et admises jusqu'à présent. Mais la difficulté est dans le diagnostic; il est regrettable que M. Vidal n'ait pas fait connaître, en même temps que cette cause d'œdème, les caractères auxquels on pourrait la reconnaître.

PESSAIRE *mobile nouveau* (*De l'indication des différentes espèces de*). Le choix d'un pessaire est souvent, pour les praticiens, un sujet de très-grand embarras. Outre la variété des indications que peuvent offrir les différents degrés de prolapsus utérin, il est peu de ces appareils qui atteignent pleinement le but qu'on se propose; d'un autre côté, les pessaires, surtout ceux qui sont à poste fixe, ont de graves inconvénients, qui ont plus d'une fois obligé à y renoncer. On a cherché à suppléer les pessaires par divers bandages externes. Mais la plupart de ces bandages, ne satisfaisant qu'incomplétement aux principales indications, on est le plus souvent obligé de les combiner et de les approprier à chaque cas particulier. C'est ainsi qu'à la ceinture américaine, dont l'action se borne à soutenir le poids des viscères abdominaux, on a dû ajouter plus tard une sorte de coussinet périnéal destiné à soutenir le plan sur lequel repose l'utérus, et à arrêter le glissement de cet organe. Cette heureuse modification échoue, elle-même, lorsque le déplacement de l'utérus est complet. On est forcé dans ce cas d'en venir aux pessaires proprement dits. Ces pessaires sont, comme on le sait, fort nombreux; on peut les ranger en deux catégories, les uns mobiles et que les malades peuvent retirer elles-mêmes, les autres immobiles ou à poste fixe, et que l'on est obligé d'enlever à certains intervalles, par mesure de propreté. A raison des nombreux inconvénients inhérents à cette fixité, on ne doit recourir à ces derniers pessaires qu'en cas d'absolue nécessité. Les pessaires mobiles sont de beaucoup préférables. C'est donc au perfectionnement de ceux-ci que l'on doit surtout s'attacher. En voici un dont M. le professeur P. Dubois a retiré de bons effets. Il y a quelque temps, une dame vint consulter ce professeur pour une descente de l'utérus, et lui montra un petit appareil très-grossièrement fait, qui consistait en un tampon de gomme élastique qu'elle introduisait dans le vagin et qu'elle soutenait ensuite dans une sorte de dé attaché à deux tiges flexibles qui étaient liées à une ceinture. Ce petit bandage, tout grossier qu'il était, suffisant pour maintenir l'utérus, donna l'idée à M. Dubois de faire construire celui dont il se sert maintenant. C'est un petit entonnoir en ivoire qu'on introduit dans le vagin et qui reçoit l'utérus; sa tige inférieure est reçue dans un petit dé métallique, lequel est mobile et attaché à deux tiges d'acier flexibles et garnies, qui passent l'une au-devant de l'anus, l'autre au-devant de la vulve, et viennent se fixer à une ceinture. De cette façon l'utérus est supporté par l'entonnoir en ivoire, ce dernier par le dé qui est maintenu en place lui-même par les deux tiges métalliques fixées à la ceinture. Ce pessaire, essentiellement mobile, ne cause aucune gêne, et les femmes qui le portent peuvent l'enlever à volonté, le nettoyer et éviter ainsi les causes si communes d'irritation. (*Journ. de méd. et de chirurg.*, et

Journ. des Conn. méd. prat., novembre, 1847.)

RATE SUPPLÉMENTAIRE *ayant causé un étranglement interne et la mort.* Le fait suivant, rapporté par M. le docteur Bainbrigge, offre en même temps un exemple d'une anomalie curieuse et rare et d'accidents insolites dont l'autopsie a pu seule révéler la cause. Un homme tombe de cheval et se fracture la cuisse. Le malade est soumis au traitement ordinaire : appareil et repos. Mais deux ou trois jours après, il survint de la douleur dans le dos, ballonnement du ventre, vomissements, hoquet, etc., avec altération des traits; malgré tous les moyens qui furent employés, le malade succomba cinq jours après l'invasion de ces accidents. Des renseignements communiqués par le malade avaient appris que des accidents analogues avaient eu lieu, quelques années auparavant, à la suite d'une chute qui l'avait obligé de garder le lit pendant cinq à six jours. L'autopsie vint expliquer ce que cette affection pouvait avoir de bizarre et d'insolite. On trouva derrière l'intestin grêle, et dans l'épaisseur du grand épiploon, une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde, qui descendait au-devant du gros intestin, et comprimait l'S iliaque du côlon contre le rebord osseux du bassin. Cette tumeur n'était autre qu'une *rate supplémentaire*, qui recevait une des branches de l'artère splénique, et qui tendait l'épiploon dans lequel elle était enfermée. Lorsque le malade était debout, cette tumeur n'exerçait aucune compression fâcheuse; mais lorsqu'il était couché, la tumeur venait mettre obstacle au cours des matières. De là la gravité et la persistance des accidents en question. (*Provincial med. and surg. Journ.: Journ. des Conn. méd. prat.*, novembre 1847.)

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU *chez les enfants.* Dans notre numéro d'août dernier, nous avons publié un cas de rhumatisme articulaire aigu, compliqué d'affection du cœur, chez un enfant, et qui se termina d'une manière heureuse sans qu'il eût été nécessaire de recourir à aucune médication active. Cette observation semblait, par sa bénignité, confirmer l'opinion que plusieurs observateurs, et notamment MM. Rilliet et Barthez, avaient émise sur le peu de gravité habituelle de cette affection chez les enfants. Le fait suivant, qui vient de se passer récemment dans le service de M. Guersant père, à l'Hôpital des enfants, est de nature à modifier quelque peu cette opinion, et à apporter une certaine restriction dans le pronostic que l'on se serait cru fondé à porter en pareil cas.

Obs. Un enfant de onze ans entra à l'Hôpital des enfants pour un rhumatisme articulaire aigu, compliqué d'endocardite. Il en sortit à peu près guéri quelques jours après. Un mois après environ, il fut repris tout à coup de difficulté extrême pour respirer, de battements de cœur violents; en même temps la fièvre se ralluma et l'enfant fut ramené presque mourant à l'hôpital : il avait la face pâle et altérée, les extrémités froides et œdémateuses, le pouls à peine perceptible, 64 respirations et 140 pulsations par minute; il était d'ailleurs arrivé au dernier degré d'orthopnée. A l'auscultation et à la percussion, on constatait : une matité précordiale dans l'étendue de 7 à 8 centimètres; battements du cœur profonds et sourds; bruit de souffle faiblement perçu en avant, mais beaucoup plus en arrière, et coïncidant avec les battements. Matité également considérable à la partie inférieure et postérieure droite de la poitrine; souffle tubaire en haut, affaiblissement du murmure respiratoire en bas. (Vésicatoire *illicò* et petite saignée le soir.) Le petit malade parut soulagé et alla passablement les deux jours suivants; mais une recrudescence des accidents l'emporta le neuvième jour de sa rentrée à l'hôpital. — A l'autopsie, on trouva un épanchement très-abondant de sérosité dans la plèvre droite, sans fausses membranes; quelques cuillerées de sérosité dans le péricarde, des petits points membraneux disséminés à la base du cœur, une injection assez considérable du tissu cellulaire sous-séreux; hypertrophie générale du cœur; léger rétrécissement de l'orifice aortique; commencement de végétation sur le bord libre de la valvule mitrale; engouement pulmonaire; commencement d'hépatisation par places. (*Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, novembre 1847.)

TUMEURS ÉRECTILES (*Nouveau procédé opératoire pour la guérison des*). M. le docteur Fayolle, de Guéret, a imaginé un procédé, ou plu-

tôt perfectionné le procédé de la ligature multiple, pour la guérison des tumeurs érectiles diffuses, dont la base ne peut être comprise dans une ligature en masse. Ce procédé, qui nous a paru assez ingénieusement conçu, a pour but de convertir la base adhérente et large de ces tumeurs en autant de pédicules que cela peut être nécessaire pour en faciliter la constriction. L'appareil instrumental, dont l'auteur se sert à cet effet, se compose d'épingles en acier bien faites, de différentes longueurs et de grosseurs diverses, de fils à ligature cirés et mis en triple, enfin d'un sécateur pour couper les épingles. Voici comment il procède à l'opération. Celle-ci se divise en trois temps. *Premier temps.* L'épaisseur de la tumeur étant reconnue, une première épingle traverse la peau, à une ligne et demie au delà de la tache; elle porte, par conséquent, sur des tissus sains. On la fait suivre d'une seconde qui est tangente à la circonférence de la tumeur; une troisième épingle, parallèle aux deux précédentes et à une ligne et demie de la seconde, est enfoncée à une certaine distance (une ligne et demie également) du bord de la tache; elle doit passer au-dessous de l'épaisseur présumée de la tumeur, et ressortir de l'autre côté de celle-ci, en traversant également les tissus sains. On place ainsi successivement plusieurs épingles parallèles et séparées par des intervalles égaux; elles doivent, par leur réunion, se trouver toutes comprises dans un même plan sous-jacent à la face profonde de la production accidentelle. *Deuxième temps.* Une anse de fil est passée sous les extrémités de la première épingle, les deux chefs en sont ramenés en dedans, se croisent et passent ensuite sous les deux bouts saillants de la seconde épingle, de là à la troisième et à la quatrième, ainsi de suite, jusqu'à la dernière. Alors on recommence en sens inverse jusqu'à ce que toute la surface comprise entre les points d'immergence et d'émergence des épingles soit couverte par les fils. Ceux-ci sont serrés lentement et progressivement, de telle sorte que la superficie de la tache, d'abord plane, se trouve convertie par le rapprochement de ses bords en un bourrelet saillant, allongé, perpendiculaire à la direction des épingles. *Troisième temps.* On noue la dernière anse de fil, et l'on coupe les extrémités saillantes des épingles aussi près que possible du fil enroulé, à l'aide du sécateur.

On place ainsi une série d'épingles dans toute l'étendue de la tumeur, si toutefois les dimensions n'excèdent pas 4 centimètres carrés; si, au contraire, elle offre une surface plus considérable, l'opération se fait en plusieurs séances, c'est-à-dire autant de fois que la tache présente de fois 4 centimètres carrés. Aussitôt que les fils sont serrés, la coloration disparaît; bientôt la tumeur s'affaisse; si on retire les épingles, au bout de quatre jours, il reste, à la place qu'occupait le bourrelet, une légère coloration blanc bleuâtre, et la peau paraît éraillée; si on la laisse six à sept jours, le reste de la tumeur se détache, et laisse à sa place une cicatrice linéaire; c'est alors, dans les cas où le nævus est de grande dimension, que l'on attaque la partie adjacente. Les conditions essentielles, suivant l'auteur, pour que le résultat ne laisse rien à désirer, sont: 1° que les épingles pénètrent sur le tissu sain qui circonscrit le tissu morbide; 2° que le trajet des épingles occupe également les tissus sains, au-dessous de l'épaisseur présumée de la tumeur; enfin que la constriction des fils soit considérable, mais progressive. C'est l'observation de ces diverses conditions, jointe à la multiplicité et au rapprochement extrême des épingles, qui nous a paru surtout différencier le procédé de M. Fayolle des procédés de ligature multiple qui ont avec lui quelque analogie, et lui mérite peut-être la préférence. (*Bull. de l'Acad. des scienc.*, octobre 1847.)

VOMITIFS *chez les jeunes enfants. Indications et contre-indications de leur emploi.* Il nous arrive souvent de revenir sur l'emploi des vomitifs chez les enfants; c'est là évidemment un des points pratiques les plus importants et les plus délicats, tant à cause de l'utilité journalière de l'emploi de ce moyen dans les maladies du jeune âge, qu'à cause des degrés divers d'énergie et de nocuité de quelques-uns des agents de cette médication et de la diversité des indications qu'ils ont pour objet de remplir. On nous saura donc gré de revenir sur ce sujet, pour exposer les règles formulées par un praticien, M. le docteur Beck, relativement aux indications et aux contre-indications

de l'emploi des vomitifs chez les enfants. Voici quelles sont ces règles :

1° Règle générale, on peut employer les vomitifs, même chez les plus jeunes enfants, pourvu que l'on se serve de vomitifs doux, principalement de l'ipecacuanha ;

2° Les vomissements qui sont déterminés par les préparations antimoniales ne peuvent être provoqués qu'avec une grande précaution chez les très-jeunes enfants, et seulement dans les cas où l'on veut obtenir un effet sédatif. L'excitation inflammatoire (croup, pneumonie, etc.) est l'indication principale de leur emploi. En toute circonstance, cependant, il convient de n'en pas pousser l'usage jusqu'à un collapsus dangereux ;

3° Les préparations antimoniales ne doivent jamais être continuées pendant longtemps. Si on en répète l'administration, il survient des nausées, de l'irritation intestinale et une prostration considérable. C'est dans les affections chroniques, principalement dans la coqueluche, que l'emploi répété de l'émétique peut avoir les plus mauvais effets ;

4° Comme on ne peut pas toujours mesurer les effets du tartre stibié par son action vomitive, même chez l'adulte, il convient d'en être sobre chez les jeunes enfants, même dans les cas de narcotisme ;

5° Il faut avoir égard, dans l'emploi du tartre stibié, à la constitution des enfants ; chez ceux qui sont naturellement délicats, surtout chez les scrofuleux, on n'y doit jamais avoir recours, à moins d'indication spéciale, la postration survenant dans ce cas avec la plus grande rapidité ;

6° Enfin, plus les enfants sont jeunes, plus le tartre stibié a des effets fâcheux. Au-dessous d'un an, il ne doit jamais être employé, et quand on veut obtenir un effet vomitif, il faut recourir à l'ipécacuanha ou à tout autre vomitif doux. (*Provincial med. and surg. Journ.*, et *Journ. des Conn. méd. prat.*, novembre 1847.)

VARIÉTÉS.

Nous avons annoncé que M. de Salvandy, avant de présenter le projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine à la Chambre des députes, avait désiré consulter les corps enseignants : afin de compléter les documents que nous avons déjà donnés sur ce projet, nous mettons sous les yeux de nos lecteurs les conclusions des rapports des trois Facultés de médecine de Paris, Montpellier et Strasbourg.

TITRE Ier. — *Faculté de Paris.* Le titre Ier comprend l'enseignement de la médecine. Nos observations ont porté ici sur les Écoles préparatoires, les Facultés et l'enseignement libre.

A. Relativement aux Écoles préparatoires la Faculté est d'avis :

1° De ne pas établir plusieurs catégories de ces Écoles ;

2° De ne les instituer que dans les cités populeuses et au siége d'une Faculté des sciences ;

3° D'en limiter le nombre à dix ou douze ;

4° De ne rien changer au programme actuel de leur enseignement ;

5° De borner à huit le nombre des inscriptions, que les élèves de ces Écoles pourront convertir en inscriptions des Facultés, et de porter par exception ce nombre à douze pour les élèves qui auront obtenu au concours les places d'internes dans les hôpitaux des villes où les Écoles préparatoires sont instituées ;

6° De composer leur personnel de professeurs et de suppléants spéciaux ;

7° De nommer les uns et les autres au concours ;

8° De ne point donner aux agrégés des Facultés le droit de s'installer sans concours dans les places de suppléants qui seraient vacantes dans ces écoles ;

9° De placer le siége de ces concours dans les Écoles préparatoires où existent les vacances, avec un jury composé, pour les suppléances, de professeurs de l'École, présidés par un professeur de la Faculté de la circonscription, et pour les chaires, de cinq professeurs de l'École, trois agrégés de la Faculté de la circonscription et un président pris parmi les professeurs de cette même Faculté ;

10° D'exiger comme conditions de candidature la qualité de Français,

vingt-cinq ans d'âge pour les suppléances, trente ans pour les chaires, et le titre de pharmacien s'il s'agit d'une chaire de pharmacie.

Nous ajouterons, bien que ce sujet n'ait pas été traité dans le rapport, que la Faculté a vu avec satisfaction l'adoption de l'article qui garantit l'existence des Écoles préparatoires en les mettant à la charge de l'État.

B. Relativement aux Facultés nous avons proposé :

1° De les composer de professeurs et d'agrégés;

2° De porter la durée des fonctions des agrégés à six années, précédées de trois années de stage;

3° De conserver pour la nomination aux places de professeurs et d'agrégés le concours institué en 1830;

4° De placer le siége de ces concours dans les Facultés, le ministre se réservant le droit de le porter exceptionnellement devant une autre Faculté que celle où il y a vacance;

5° De composer les jurys des concours pour les chaires de juges pris exclusivement parmi les professeurs des Facultés qui nommeront leur président au scrutin; d'adjoindre néanmoins à ces jurys quatre membres de la Faculté des sciences, pour les chaires de physique, de chimie et d'histoire naturelle;

6° De ne pas mettre d'autres conditions pour la candidature que celles qui ont été imposées jusqu'à ce jour, savoir : la qualité de Français, trente ans d'âge et le titre de docteur en médecine d'une des Facultés du royaume. Nous avons expliqué pourquoi nous n'exigions pas des aspirants aux chaires d'histoire naturelle qu'ils fussent docteurs ès sciences naturelles, des aspirants aux chaires de physique, de chimie et de toxicologie, qu'ils fussent docteurs ès sciences physiques, ni même des aspirants aux chaires de pharmacie qu'ils eussent le diplôme de pharmacien;

7° Enfin la Faculté a admis, tout en se promettant de le contrôler dans ses applications, le principe des permutations de chaires; mais elle s'est prononcée contre les permutations de Faculté à Faculté.

C. Relativement à l'enseignement libre :

La Faculté a exprimé le vœu qu'il n'y fût mis aucune entrave, mais elle n'a pas proposé qu'il fût admis à délivrer des certificats de scolarité.

Titre II. — *Conditions d'études de la médecine.* — Nos observations ont porté ici sur la scolarité des élèves civils et militaires et sur les professions spéciales.

A. Relativement à la scolarité, la Faculté a proposé :

1° D'exiger cinq années d'études avant les épreuves au lieu de quatre. A cette condition seulement, elle trouverait convenable que la première inscription pût être prise par les aspirants qui auraient échoué au baccalauréat;

2° De refuser aux élèves des Écoles préparatoires, comme à ceux des Facultés, le droit de prendre leur cinquième inscription s'ils ne sont bacheliers ès sciences. (Cette proposition est faite dans l'hypothèse où il n'y aurait d'Écoles préparatoires qu'au siége d'une Faculté des sciences.)

3° D'augmenter les moyens d'instruction des chirurgiens des armées de terre et de mer, tout en aplanissant pour eux les voies du doctorat.

4° D'exiger des chirurgiens de première classe de la marine, comme on l'exige des chirurgiens de l'armée de terre, qu'ils subissent les cinq examens et la thèse. (Nous rappelons qu'on a écrit par distraction dans le projet de loi les *quatre* examens, au lieu de cinq examens.)

B. Sur la question des professions spéciales, la Faculté s'est prononcée comme le projet de loi :

1° Elle n'a admis que la profession de dentiste et la profession de sage-femme;

2° Elle a exposé les motifs pour lesquels elle proposait de conserver la profession de dentiste;

3° Elle a demandé que les aspirants au titre de dentiste fussent tenus de subir un examen spécial, précédé de deux années d'études dans une École préparatoire ou une Faculté, et de trois années de stage chez un dentiste;

4° Elle a proposé d'exiger des sages-femmes qu'elles fissent leurs études dans des établissements tout à la fois théoriques et pratiques.

Titre III. — *De l'enseignement de la pharmacie.* — Sur ce sujet, la Faculté n'a présenté qu'une seule observation. Elle a demandé le concours

pour la nomination aux places de professeurs et d'agrégés dans les Écoles de pharmacie.

TITRE IV. — *Des conditions d'études de la pharmacie.* — Ce titre n'a donné lieu qu'à une seule remarque : elle concerne les pharmaciens de la marine, qui, d'après l'opinion de la Faculté, devraient subir tous les examens et la thèse pour obtenir le titre de pharmacien.

TITRE V. — *De l'exercice de la médecine.* — La Faculté a proposé :

1° De supprimer l'art. 32, qui reconnaît différents cas d'incapacité d'exercice de la médecine;

2° D'armer les conseils médicaux d'un droit disciplinaire ou d'interdire les annonces de méthodes, de traitements et de remèdes, dans les journaux ou à l'aide d'affiches;

3° De ne plus recevoir à l'avenir qu'un ordre de médecins;

4° D'exiger des docteurs étrangers qui veulent s'établir en France, qu'ils subissent les *cinq examens et la thèse* (sauf le cas réservé par l'art. 36);

5° D'astreindre les officiers de santé qui, au moment de la promulgation de la présente loi, compteront six années d'exercice et voudraient prendre le titre de docteur, à justifier du *baccalauréat ès lettres*, et à subir les cinq examens et la thèse;

6° De supprimer l'art. 47 comme inutile, et parce qu'il assimile implicitement l'expert au témoin.

TITRE VI. — *Médecins de charité.* — La Faculté a reconnu l'utilité de cette création ; elle a, dans l'intérêt de cette classe de praticiens, proposé pour eux une autre dénomination et demandé que les listes des pauvres fussent revisées par les préfets ; enfin, elle désire que la liste sur laquelle les préfets devront faire la nomination soit établie seulement par le vote des *médecins* du conseil médical.

TITRE VII. — *Conseils médicaux.* — Leur *mode de nomination*, leurs *attributions*, tels ont été les sujets de nos observations.

A. Relativement à leur *mode de nomination* :

La Faculté a proposé l'élection par les médecins et les pharmaciens de la circonscription, les premiers nommant les médecins, et les seconds les pharmaciens du conseil.

B. Relativement à leurs *attributions*,

Nous avons exprimé le vœu qu'on leur retirât la visite des pharmacies, qui serait faite par des inspecteurs spéciaux, et qu'on leur ajoutât d'exercer un pouvoir disciplinaire.

TITRE VIII. — *Des pénalités.* — La Faculté ayant présenté quelques objections contre les art. 12 et 47, relatifs, le premier à l'enseignement libre, le second aux fonctions d'expert, remplies par les médecins et les pharmaciens, a dû réclamer contre la sanction pénale donnée à ces articles, à la fin du deuxième alinéa de l'art. 52, et au sixième alinéa de cet article.

Elle s'est vivement prononcée contre le dernier paragraphe du même article, qui permettait de donner sans titre légal et dans un but charitable des soins et des conseils aux malades.

Enfin, elle a proposé la suppression de l'art. 56 qui, par son excessive indulgence, détruirait toutes les garanties données par les articles précédents contre l'exercice illégal de la médecine.

Telles sont, monsieur le ministre, les vues de la Faculté sur l'enseignement et l'exercice de la médecine. Ces vues diffèrent sur quelques détails, mais elles ne s'éloignent pas au fond de celles qui ont dirigé la Chambre des pairs ; elles se rapprochent davantage encore, sur la question du concours en particulier, de ce que vous aviez écrit dans votre projet de loi. Les modifications qu'elles sollicitent, amélioreraient, sans aucun doute, les institutions médicales : c'est notre conviction intime. Nous avons aussi l'espérance que vous les ferez triompher devant les pouvoirs chargés de l'examen et du vote d'une loi si longtemps et si impatiemment attendue.

Pour copie conforme : *le doyen de la Faculté*, ORFILA.

II. — FACULTÉ DE MONTPELLIER. — 1° Suppression des officiers de santé ; création d'un ordre unique de praticiens, sous le titre de docteurs en médecine ;

2° Suppression des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, ou tout au moins réduction considérable de leur nombre ;

3° Concours pour l'agrégation au siége des Facultés ;

4° Conservation de l'institution du concours pour le professorat dans les Facultés de médecine, d'après les bases actuelles;

5° Possibilité de permutations dans le sein d'une même Faculté et d'une Faculté à l'autre; inamovibilité des professeurs;

6° Durée des études médicales portée à cinq années, non compris le temps des épreuves; obligation pour les élèves de justifier du diplôme de bachelier ès sciences avant de prendre la première inscription médicale, et de séjourner trois ans dans les Facultés;

7° Participation des Facultés de médecine aux actes probatoires des écoles de pharmacie;

8° Peine de l'incapacité légale applicable aux médecins dans les seuls cas de condamnation par les Cours d'assises;

9° Pour tous les autres cas, rentrée des médecins dans le droit commun; abolition du droit déféré aux tribunaux correctionnels ou autres de prononcer l'incapacité facultative;

10° Création de conseils médicaux nantis d'un pouvoir disciplinaire.

Telles sont, monsieur le ministre, les réflexions et les conclusions que la Faculté de médecine de Montpellier s'est décidée à vous soumettre, et qu'elle vous prie d'agréer en même temps que l'expression de sa respectueuse confiance.

Pour copie conforme : *Le doyen de la Faculté de médecine,*
J.-E. Bérard.

III. — Faculté de Strasbourg. — Cette Faculté demande : l'unité de fonctions, de titres, d'études, de garanties dans le corps medical; un seul ordre de praticiens; un seul ordre d'élèves soumis partout aux mêmes conditions de capacites; une seule espèce d'instruction médicale fortement organisee, et ramenée autant que possible au même niveau dans tous les établissements qui la donnent.

1° Des Écoles préparatoires. La réduction du nombre des Ecoles préparatoires dans la proportion des besoins du service médical;

L'établissement de ces Écoles dans les grands centres de population, pourvus d'hôpitaux considérables, et au siége des Facultés des sciences;

L'inscription au budget de l'État de toutes les dépenses relatives aux Écoles préparatoires, pour le matériel comme pour le personnel;

La limitation aux deux premières années d'études du temps que les élèves peuvent passer dans les Écoles préparatoires;

L'organisation de l'enseignement, pour ces deux premières années, sur le même pied dans les Écoles et dans les Facultés de medecine.

2° Du Concours. Le principe du concours appliqué à tous les degrés de la hiérarchie du corps enseignant: dans les Facultés de médecine, dans les Ecoles préparatoires et dans les Ecoles supérieures de pharmacie;

La reforme des épreuves actuelles du concours;

Le siége du concours fixé, en principe, dans la Faculté de médecine ou dans l'École préparatoire où existe la vacance;

L'appel de professeurs des différentes Facultés dans les jurys; leur désignation, par un réglement préalable, suivant la compétence de leur chaire; l'admission de tous les docteurs en médecine au concours, sous la reserve du droit du ministre d'arrêter la liste des candidats.

3° Du personnel enseignant. La division du personnel enseignant en professeurs et en agrégés, dans les Ecoles préparatoires comme dans les Facultés de medecine:

L'autorisation ministérielle déclarée nécessaire pour que les agrégés des Facultés de medecine puissent transporter l'exercice de leurs fonctions dans les Ecoles preparatoires: la possibilité d'augmenter de cinq ans la durée du service des agregés des Facultés admis à exercer près de ces Ecoles:

Les mutations de chaire, et le passage d'un professeur d'une Faculté à une autre, subordonnés au consentement des corps intéressés;

Des garanties serieuses entourant la mise à la retraite des professeurs: une position honorée, une rémunération suffisante assurée aux hommes qui quittent le haut enseignement.

4° Des garanties de capacité. L'exigence des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences avant toute inscription, soit dans une Faculté de médecine, soit dans une Ecole préparatoire;

Le niveau scientifique du doctorat fermement maintenu;

La nécessité absolue, pour tous ceux qui l'obtiennent, de passer par les mêmes épreuves;

L'assimilation du temps de service au temps d'étude pour les officiers de santé de l'armée de terre et de la marine, aucune dispense d'examen ou de thèse;

Le même principe appliqué aux docteurs reçus à l'étranger, si ce n'est dans les cas de récompense nationale.

5° Des spécialités. La suppression de toutes les spécialités en dehors du doctorat, à l'exception de celle de sages-femmes;

L'internat dans une maternité rendu obligatoire pendant toute la durée des études des élèves sages-femmes;

La réception des sages-femmes par les Facultés de médecine, ou par des commissions spéciales composées de trois directeurs d'école départementale d'accouchement, dans des circonscriptions déterminées.

6° De l'institution des boursiers. L'introduction, dans l'ordre de la médecine, de l'institution des élèves boursiers;

L'obligation imposée aux boursiers de remplir pendant dix ans les fonctions de médecins cantonaux dans une circonscription déterminée, ou, suivant les circonstances, de servir pendant le même laps de temps, comme officier de santé, dans l'armée de terre ou dans la marine;

La gratuité des études, une indemnité pécuniaire, l'exemption du service militaire accordée aux boursiers;

La concession de ces bourses aux élèves boursiers des colléges royaux et communaux, aux fils de médecins, de militaires, et autres serviteurs de l'Etat qui se distinguent dans leurs études.

7° Des médecins cantonaux. La création de médecins cantonaux, la détermination des cantons médicaux par les Conseils généraux, sur la proposition des préfets, sans qu'il soit nécessaire qu'ils coïncident avec les divisions administratives;

La nomination des médecins cantonaux par les préfets, sur une liste de présentation dressée à la suite d'un concours par les conseils médicaux; la possibilité de nommer directement les élèves lauréats et internes des Facultés; la nécessité de consulter les conseils médicaux sur l'opportunité de leur révocation; l'intervention des communes intéressées, du département et de l'Etat, dans les dépenses qui concernent les médecins cantonaux, une retenue sur leur traitement leur assurant des droits à une retraite.

8° Des conseils médicaux. L'établissement d'un conseil médical au chef-lieu de chaque département;

L'élection de ces conseils confiée à tous les docteurs en médecine et à tous les pharmaciens inscrits sur les listes départementales.

9° De l'exercice de la médecine. L'intervention des conseils médicaux dans les déclarations d'incapacité d'exercer la médecine; le droit accordé à ces conseils de poursuivre devant les tribunaux la suspension ou la radiation de tout médecin condamné criminellement ou correctionnellement;

Le maintien de la législation actuelle qui permet au médecin de ne pas accepter les fonctions d'expert;

La répression franche et complète de l'exercice illégal de la médecine; la suppression d'un paragraphe additionnel qui peut la rendre illusoire.

10° Des dispositions transitoires. La coordination en un titre de toutes les dispositions transitoires et l'augmentation des garanties scientifiques dans les mesures proposées pour faciliter le passage du régime ancien au régime nouveau.

L'ensemble de ces mesures nous paraît destiné à exercer une heureuse influence sur la profession médicale et sur l'avenir de l'enseignement. Nous devons à la vérité, comme à un juste sentiment de reconnaissance, de déclarer qu'un grand nombre d'entre elles étaient déjà contenues dans le projet du gouvernement et ne sont que le développement logique des principes qu'il avait posés. Ces réformes nous paraissent faciles et suffisamment préparées par la marche du temps et de l'opinion; le ministre, en les accomplissant, peut fonder une ère nouvelle qui datera parmi les plus glorieuses de la médecine française.

Pour copie conforme : *Le doyen de la Faculté de médecine,*

Coze.

De l'épidémie régnante. Qu'un petit nombre de personnes soient atteintes de coryza, de laryngite ou de bronchite, ces affections ne changeront pas de nom et passeront inaperçues. On les attribuera à quelque cause individuelle, et leur traitement n'offrira pas d'importance. Mais qu'en même temps ces affections catarrhales saisissent beaucoup de sujets à la fois, à l'instant même le mot *grippe* est prononcé, et souvent l'effroi l'accompagne. C'est que, dans ce dernier cas, l'atmosphère agit sur nous d'une manière uniforme et particulière, de sorte que les affections prennent un caractère uniforme et particulier, qui constitue le cachet essentiel de l'épidémie. Ce cachet, nous l'observons incontestablement à Paris depuis un mois environ, dans l'affection catarrhale qui est devenue prédominante, et on lui donne généralement le nom de *grippe*. Mais, il faut en convenir, celle-ci, à beaucoup près, manque de la gravité que nous avons observée à celle de 1832, voire même à celle qui a régné l'année dernière, en décembre, et au commencement de cette année, en janvier ; n'importe, on l'appelle *grippe*: disons-en donc quelques mots. Et d'abord hâtons-nous de proclamer que nous ne voyons aucune analogie entre la maladie actuelle et celle de 1831, que nous ne voyons pas pourquoi une affection catarrhale de ce genre, bénigne ou même maligne, serait nécessairement suivie du choléra asiatique, ou même européen; que nous avons vu bien souvent des grippes sans qu'elles aient été, heureusement, suivies de l'horrible fléau que nous venons de nommer; et qu'il ne faut pas voir une règle dans une malheureuse coïncidence.

Les changements de température fréquents et rapides, les oscillations barométriques non moins variables depuis plusieurs semaines, ont démontré l'existence des dispositions particulières de l'atmosphère, qui n'ont pas manqué d'exercer leur influence sur notre économie. C'est cette influence qui s'est manifestée sous la forme de l'affection catarrhale qui règne épidémiquement aujourd'hui. La maladie se manifeste par un mouvement fébrile violent, accompagné d'un sentiment pénible, de brisement des membres et de céphalalgie : à ces prodromes succède une irritation fort incommode du larynx, que quelques malades comparent à celle que produirait une patte d'insecte. Chez quelques sujets l'affection se borne à cette région; chez d'autres, elle monte vers la gorge et la membrane pituitaire; chez le plus grand nombre, elle gagne la trachée-artère et les bronches, mais chez presque aucuns elle ne produit d'affection grave. Il faut le dire cependant, les pleuropneumonies sont devenues plus fréquentes en ville et surtout dans les hôpitaux; chacun le sait, ces pneumonies, grippe à part, sont plus communes à cette époque de l'année qu'à beaucoup d'autres, et celles que nous avons observées ne semblaient pas nécessairement liées à l'affection catarrhale régnante. Il n'en était pas de même l'année dernière où la grippe n'était le plus souvent que le prélude d'une pneumonie souvent très-grave. L'influence assez bénigne qui règne maintenant a ce caractère particulier, que la fièvre intense et le brisement des membres qui affectent bon nombre de sujets, se passent quelquefois sans l'envahissement de la membrane muqueuse du larynx ou des bronches; que chez d'autres, au contraire, ces dernières parties sont plus spécialement atteintes. Chez les premiers la maladie dure quelques jours seulement; elle s'étend à un septénaire et quelquefois plus chez les autres.

Le traitement de cette affection n'a jusqu'à présent présenté aucune difficulté. Etablir des sueurs abondantes, avec une infusion chaude de fleurs de violette et de sirop de capillaire, a été pour quelques malades la seule indication à remplir; chez la plupart les boissons pectorales adoucissantes et un léger minoratif ont suffi; chez un très-petit nombre l'état inflammatoire s'est assez prononcé pour rendre une saignée nécessaire. On s'est trouvé souvent bien de l'usage du sirop d'ipécacuanha chez les enfants, pour faciliter l'expectoration par le vomissement, indication si fréquente et si utile à remplir chez eux; on le voit par le traitement peu compliqué, mais suffisant, que nous indiquons, la maladie elle-même présente peu de gravité, et justifie l'axiome : *Naturam morborum ostendit curatio.*

Nouvelles du choléra. — L'épidémie a entièrement cessé dans le gouvernement d'Astrakhan, ainsi que dans les villes de Koursk et de Samara.— Les pays nouvellement envahis sont : dans le gouvernement de Viatka, les districts de Malmyje et de Yaransk, limitrophes du gouvernement de Celan ;

dans le gouvernement de Kherson, Alexandrie, et le district d'Olgopol dans le gouvernement de Podolie. En général, la maladie se propage assez lentement, et dans toutes les parties de l'empire où elle règne en ce moment, son action est assez faible.

Enfin, d'après les nouvelles les plus récentes, celles de Vienne, du 28 novembre, et de Posen, du 1er décembre, le choléra aurait éclaté dans le cercle de Tarnopol, de la Gallicie, ainsi qu'à Slupce, village situé à la frontière, à quinze lieues de Posen; mais on n'avait encore, à cette époque, aucuns détails circonstanciés sur l'intensité de la maladie.

D'après le *Sémaphore* de Marseille, un second du *Mentor*, en destination de Marseille, aurait succombé à une attaque de choléra asiatique pendant la traversée de ce paquebot de Constantinople à Malte. On sait que quelques cas de choléra ont été constatés récemment dans la première de ces villes. L'intendance sanitaire de Marseille a pris, à cette occasion, des mesures dont l'opportunité et l'utilité sont loin d'être démontrées.

Nous devons ajouter, d'ailleurs, qu'il ne s'est manifesté depuis le mois dernier, à Paris, ni dans aucun autre point de la France, aucun cas de choléra de nature à justifier les craintes prématurées qu'avaient pu inspirer les quelques cas isolés, auxquels on s'était trop hâté de donner de la publicité.

L'Académie de médecine a tenu, le 14, sa séance publique annuelle. Un auditoire nombreux et inaccoutumé remplissait l'enceinte trop étroite réservée au public. Les académiciens étaient au grand complet. Cette affluence s'expliquait naturellement par l'intérêt tout particulier de cette séance, où l'on devait entendre l'éloge de Pariset par son successeur. Il y avait, en effet, un double attrait inspiré à la fois par le sujet lui-même et par le désir d'apprécier les qualités oratoires du nouveau secrétaire perpétuel. La tâche était délicate et périlleuse; M. Dubois ne se l'est point dissimulé; et, avec autant de talent que d'à-propos, il s'est, en quelque sorte, effacé pour faire revivre Pariset lui-même devant son auditoire. En le faisant agir, penser et parler devant l'assemblée, il n'a cessé d'attacher et d'intéresser d'un bout à l'autre. La biographie de Pariset offrait d'ailleurs à elle seule une ample moisson à son panégyriste. Raconter cette longue existence si bien remplie, et semée de tant d'événements; rappeler ces souvenirs poétiques, ces pensées nobles et élevées, ces traits piquants et spirituels, comment ne pas intéresser avec de pareils éléments? Aussi M. Dubois s'en est-il acquitté aux applaudissements unanimes de l'assemblée.

Deux autres lectures ont occupé le reste de la séance. M. Baillarger a lu un travail scientifique sur la folie pellagreuse, qui a été écouté avec intérêt. M. Bousquet a prononcé l'éloge de Jenner. Peu de personnes savaient que Jenner avait été un naturaliste distingué; c'est ce que M. Bousquet s'est surtout attaché à faire ressortir dans ce discours qui se distingue, comme tout ce qui est sorti de sa plume, par la correction et l'élégance du style.

M. Bégin, président, a lu ensuite le programme suivant:

L'Académie avait proposé pour sujets des prix les questions suivantes:

PRIX DE L'ACADÉMIE. « De l'influence comparative du régime animal et du régime végétal sur la constitution physique et le moral de l'homme. » Ce prix était de 2,000 francs. L'Académie a décerné un prix de 1,000 francs à M. Segond (Louis-Auguste), docteur-médecin, sous-bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris. Une récompense de 600 francs à M. Émile Marchand, docteur-médecin à Sainte-Foy (Gironde), et une récompense de 400 francs à M. Clavel (Charles-Adolphe).

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. « De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules. »

L'Académie a décerné ce prix, qui était de 1,800 francs, à M. le docteur H. Lebert. Une mention honorable est accordée à M. Legrand, docteur-médecin à Paris.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX. « De l'asthme. »

L'Académie n'a pas décerné ce prix, mais elle a accordé:

Un encouragement de 500 francs à M. Théry (Jean-Pierre), médecin à l'hospice de Langon (Gironde), et une mention honorable à M. de Crozant (Louis), médecin inspecteur des eaux minérales de Pougues.

PRIX FONDÉ PAR M. ITARD. Ce prix, qui était de 3,000 francs, n'avait pu

être donné en 1846. L'Académie l'a décerné cette année à M. le docteur Valleix, médecin de l'Hôtel-Dieu (annexe), pour son *Traité des névralgies*.

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'ARGENTEUIL. Ce prix n'ayant pas été donné pour la première période de 1838 à 1844, une nouvelle Commission a été appelée à juger les travaux envoyés au concours; cette Commission n'ayant pu terminer son rapport, le prix sera décerné ultérieurement.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1849.

PRIX DE L'ACADÉMIE. « La fièvre typhoïde est-elle contagieuse? » (1,500 fr.)

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. « De la cirrhose. » (1,200 fr.)

PRIX FONDÉ PAR MADAME M.-E. BERNARD DE CIVRIEUX. « De la chorée. » (2,000 fr.)

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD, membre de l'Académie de médecine. Ce prix sera décerné en 1849.

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'ARGENTEUIL. Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1844, sera décerné en 1850 : sa valeur sera de 8,238 fr., plus des intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six années.

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets des prix qu'elle a proposés pour 1848.

PRIX DE L'ACADÉMIE. « Établir par des observations exactes et concluantes quelles sont les phlegmasies qui réclament l'emploi des émétiques. » Ce prix sera de 2,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. « Faire l'anatomie pathologique du cancer. » (1,500 fr.)

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX. « Du suicide. » (1,500 fr.)

Dans la séance du 21, l'Académie a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1848. M. Bouillaud ayant refusé la présidence, l'Académie a élu, à une forte majorité, M. Royer-Collard; elle a nommé pour vice-président M. Velpeau. M. Mélier a été maintenu dans ses fonctions de secrétaire perpétuel. — Nous avons une omission à réparer à l'égard de cet honorable académicien. Parmi les plus importants travaux académiques de l'année, nous avons oublié de mentionner, dans notre dernier numéro, le remarquable rapport de M. Mélier sur les marais salants.— Ce rapport, demandé par l'Administration, avait pour objet de déterminer jusqu'à quel point les marais salants peuvent influer sur la santé des populations qu'ils avoisinent. L'auteur a conclu, des laborieuses et savantes recherches auxquelles il s'est livré sur les lieux mêmes, c'est-à-dire sur une partie du littoral de l'Océan et de la Méditerranée, que les marais salants, en tant que salins, n'ont aucune influence fâcheuse sur la santé des populations; mais que l'abandon des travaux que nécessite l'extraction des matières salines, entraîne à sa suite les plus funestes effets. Cette conclusion, d'une immense importance au double point de vue de l'économie politique et de l'hygiène publique, a été adoptée unanimement par l'Académie.

M. le professeur Delmas, de Montpellier, est mort à l'âge de soixante-dix ans, non d'une grippe, comme on l'avait annoncé, mais d'une pneumonie pour laquelle il aurait refusé tous les secours de l'art. Ses obsèques ont eu lieu en grande pompe. Les élèves ont voulu traîner le char mortuaire, et un discours a été prononcé sur la tombe par M. le professeur Rech. C'est une perte pour l'École de Montpellier, dont M. Delmas était l'un des professeurs les plus anciens et les plus distingués.

M. le docteur Sernin, médecin de l'hôpital civil et militaire de Narbonne, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, ancien député de l'Aude, est mort à Narbonne, âgé de soixante-cinq ans, le 8 décembre. C'était un des médecins opérateurs les plus habiles et les plus estimés du Midi de la France.

TABLE DES MATIÈRES

DU TRENTE-TROISIÈME VOLUME.

A.

B.

C.

D.

F.

G.

H.

I.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

Z.

FIN DE LA TABLE DU TOME XXXIII.

